



En raison de son poids et afin de faciliter son téléchargement, le rapport a été découpé en quatre fichiers. Pour permettre la navigation entre les fichiers, utilisez la table des matières active (signets) à gauche de l'écran.

Etude sur la protection maternelle et infantile en France

Rapport de synthèse

Tome I/III - Rapport

Rapport présenté par :

***Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE
Dr. Patricia VIENNE et Christophe LANNELONGUE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Rapport n°RM2006-163P
Novembre 2006***

Etude sur la protection maternelle et infantile en France

Rapport de synthèse

Tome I/III - Rapport

Rapport présenté par :

***Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE,
Dr. Patricia VIENNE et Christophe LANNELONGUE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n° RM2006-163P
Novembre 2006***

L'inspection générale des affaires sociales avait inscrit dans son programme de travail pour 2006 une mission d'étude sur la protection maternelle et infantile (PMI). Par lettre du 20 février 2006, le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille ont demandé à l'IGAS que cette mission puisse contribuer à proposer « *les axes fondamentaux d'une politique rénovée en termes de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle-clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance* ». Cette mission, confiée à Mmes Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE, à Mme le docteur Patricia VIENNE et à M. Christophe LANNELONGUE s'est déroulée entre le 1^{er} mars et le 25 octobre 2006. La mission a procédé à des enquêtes de terrain dans quatre départements (Calvados, Essonne, Hérault, Meurthe-et-Moselle) qui ont fait l'objet de rapports de sites. Le département de Paris a été inspecté conjointement avec l'inspection de la Ville de Paris.

Le statut de l'activité des services de protection maternelle et infantile, tel qu'il figure dans le Code de la santé publique, est particulier. C'est la seule compétence sanitaire globale qui fasse, dans notre pays, encore l'objet d'une décentralisation : d'emblée, la loi du 18 décembre 1989, qui prévoit les missions du service départemental de protection maternelle et infantile (SDPMI), énonce qu'il s'agit d'une mission partagée avec l'Etat et les organismes d'assurance maladie. Ce double statut de mission partagée et décentralisée explique que la loi précise non seulement les activités que le SDPMI doit mener mais la façon dont il doit s'organiser, sous la responsabilité d'un médecin, avec des normes minimales d'activité et de moyens et des exigences de qualification de ses personnels.

1. La PMI apporte une contribution importante à la promotion de la santé des enfants, des jeunes et des familles

La PMI touche un cinquième de la population concernée

Malgré des remontées imparfaites de données en provenance des départements, et en tenant compte de la difficulté à raisonner à partir de moyennes, compte tenu de l'hétérogénéité des départements, il est possible de retenir quelques données chiffrées :

- 18 % des femmes enceintes et 20 % des enfants (dont plus de 50 % de moins d'un an) à travers notamment près de 250 000 séances de consultations sont suivis par la PMI, et plus de 400 000 personnes sont vues en consultations de planification
- 36 000 nouveaux agréments d'assistantes maternelles sont délivrés tous les ans
- 9000 professionnels travaillent dans les services de PMI dont 2000 médecins titulaires et près de 5000 puéricultrices et infirmières.
- La dépense nationale de PMI s'élève à 700 millions d'euro environ.

Ses missions sont très diversifiées

- *elles sont à la fois larges et variées* : consultations, visites à domicile, actions collectives, recueil de données épidémiologiques, actions dans les domaines de la planification des naissances, de l'éducation à la sexualité, du suivi des enfants, de la surveillance sanitaire des enfants, du contrôle et du suivi des modes de garde.

- *elles concernent cinq publics prioritaires* : les jeunes, les femmes enceintes, les enfants de moins de six ans, les enfants confiés à l'aide sociale enfance et les professionnels des modes de garde. Les textes font mention de femmes et enfants "requérant une attention particulière" et de "populations vulnérables et de quartiers défavorisés".

La valeur ajoutée de la PMI est moins quantitative que qualitative

Elle réside essentiellement dans :

- *son accessibilité*

Elle est d'abord géographique. Ainsi existe-t-il 4600 lieux de consultation infantile, souvent implantés dans des quartiers en difficulté ou dans des zones déshéritées, même en milieu rural. Dans certains quartiers sensibles visités par la mission, le centre de PMI est, avec l'école et la police, la seule institution présente, massivement fréquentée.

Elle est aussi administrative et financière - légèreté des formalités requises ; gratuité des consultations, des vaccins, des produits contraceptifs sous certaines conditions etc...

Elle est enfin culturelle, en raison notamment de permanences de puéricultrices ou d'infirmières, et des durées de consultations, beaucoup plus longues que chez les médecins de ville et à l'hôpital.

- *son approche globale*

La PMI se situe à la charnière du sanitaire et du social, de l'individuel et du collectif (animation des salles d'attentes, séances d'information collectives), des actions de prévention (dépistages, vaccinations) des actions éducatives (conseils et accompagnement). Les professionnels de PMI, à la différence des professionnels libéraux, se rendent au domicile des femmes enceintes ou ayant accouché pour les aider par des conseils et un suivi, qui sont devenus d'autant plus nécessaires que les séjours en maternité sont de plus en plus ramenés à trois ou quatre jours. De la même façon, la PMI s'est donné les moyens, de manière complémentaire par rapport aux autres professionnels de l'action sociale ou de la santé, d'accompagner une famille et un enfant dont le handicap vient d'être dépisté.

La PMI est particulièrement bien placée pour prendre en charge les conséquences de la vulnérabilité sociale et psycho-sociale des femmes enceintes et des familles dès qu'est détecté un facteur de risque pour l'établissement du lien mère/enfant. Elle est en première ligne pour détecter le développement d'affections telles que l'obésité, les troubles psycho-comportementaux, les maladies respiratoires, le saturnisme ou la prévalence des déficiences et handicaps etc... Elle est un des acteurs les plus à même d'intervenir dans les difficultés de la parentalité qui apparaissent aujourd'hui comme un phénomène social important.

- *sa place dans les dispositifs partenariaux*

La PMI est un partenaire privilégié des acteurs du secteur social : le service social ou de l'aide sociale à l'enfance (ASE) du département, avec lesquels les professionnels ont des relations quotidiennes, mais aussi avec les caisses d'allocations familiales (CAF), les municipalités, les associations de quartier et les écoles.

Elle est en général bien intégrée avec les acteurs du dispositif sanitaire avec lesquels elle s'articule en complémentarité : participation à des réseaux, de périnatalité principalement, mais aussi réseaux ville hôpital, présence des sages-femmes et de puéricultrices en maternité, liaisons avec les médecins de ville, relations avec les secteurs et inter secteurs de psychiatrie et les centres d'action médico-sociaux précoces (CAMPS).

2. Mais elle connaît des disparités territoriales et des difficultés de fonctionnement

Les principaux dysfonctionnements résident dans les disparités entre les départements et à l'intérieur des départements dans les prestations offertes et la performance des services, mais aussi dans une difficulté structurelle de positionnement. On le constate de différentes manières :

Les disparités entre les départements sont considérables

- consultations prénatales : la norme est de 4 demi- journées de consultations par semaine pour 100 000 habitants. 48 départements n'assurent aucune consultation, alors qu'en revanche 10 départements dépassent très largement ces normes ;
- consultations infantiles : la norme minimale d'1/2 journée de consultation par semaine pour 200 enfants. 47 départements sont au- dessous de ces normes, mais 36 départements multiplient la norme par 2 et 5 départements par 4 ;
- pour le nombre de sages-femmes et de puéricultrices, 22 départements se situent en dessous de la norme. Il en résulte que les écarts entre départements vont de 1 à 20 pour le nombre de sages-femmes et de 1 à 5,5 pour les puéricultrices.

A l'intérieur des départements et notamment pour les consultations prénatales et de planification, il subsiste de nombreuses zones non couvertes, là où des populations, isolées ou particulièrement défavorisées n'accèdent pas à la prévention et au soin.

Ces disparités ne sont corrélées rigoureusement ni à des indicateurs de précarité ou de vulnérabilité ni à la densité médicale, et reflètent souvent la plus ou moins grande intensité de l'implication des élus départementaux dans ces politiques de l'enfance.

Néanmoins, il convient de nuancer ce constat : les visites à domicile qui, elles, ne sont pas normées, compensent pour partie, dans de nombreux départements les consultations. Par ailleurs les écarts, avant la décentralisation étaient du même ordre de grandeur qu'aujourd'hui.

Le positionnement des services de PMI est complexe

- au sein des services départementaux : des tensions persistent en matière d'organisation des services, entre le souhait des Conseils généraux d'une intégration des personnels de PMI dans les services territorialisés et celui des médecins de PMI d'une ligne hiérarchique claire qui leur permettent de garantir l'affectation des personnels à des missions de PMI, sans interférences avec les missions sociales, de plus en plus nombreuses et prenantes, qui échoient aux départements.

- au sein du dispositif sanitaire : en raison de son statut de « filet de sécurité », la PMI joue souvent le rôle de « variable d'ajustement » et de palliatif dans les territoires où existent des problèmes de pénurie de professionnels, des pratiques professionnelles comme par exemple le refus par certains praticiens de patients CMU, ou les conséquences de l'évolution de l'organisation des soins (séjours en maternités de type 3 voire 2 raccourcis à l'extrême...).

Par ailleurs, les relations avec l'assurance maladie sont quasiment inexistantes et souvent réduites à des relations financières déconnectées de toute visée de santé publique. Au demeurant, la participation de l'assurance-maladie au financement des actions de PMI, pourtant prévue et détaillée à la fois dans le Code de la santé publique et dans celui de la Sécurité sociale est extrêmement restreinte (autour de 60 millions €).

Les difficultés dans le pilotage et l'animation des services sont liées notamment à un déficit d'évaluation mais aussi dans certains cas à des difficultés de recrutement.

3. Les recommandations

Les propositions du présent rapport visent à permettre un recentrage, un repositionnement et une amélioration de la performance de la protection maternelle, infantile et de la planification familiale. Elles concernent les instances départementales et l'Etat.

Des recommandations concernant les instances départementales

- définir des objectifs de PMI dans les schémas départementaux
- Intensifier les actions en direction de certaines populations : groupes en situation de précarité ou de pauvreté, personnes en situation de vulnérabilité, notamment psychosociale. La mission suggère de maintenir l'âge auquel les enfants sont suivis par la PMI, c'est-à-dire jusqu'à 6 ans, mais en concentrant les actions, visites à domicile, actions collectives et consultations sur les enfants de moins de deux ans.

Ce ciblage suppose en particulier :

- des implantations géographiques, qui devraient être périodiquement révisées pour suivre les besoins des populations et l'évolution sociologique des territoires ;
- l'utilisation systématique d'indicateurs permettant d'affiner le ciblage des actions : définition de critères médicaux et sociaux à partir des déclarations de grossesse, des certificats de naissance ou du 8^{ème} jour et le recours à des critères de pauvreté et de précarité (bénéficiaires du RMI, de l'API, de la CMU) ou de vulnérabilité psychosociale (mères très jeunes, grossesses très rapprochées..)

- un investissement renforcé sur des actions de prévention précoce et de dépistage

Cela implique que les services de PMI développent et proposent systématiquement :

- des actions collectives, dans le domaine notamment du soutien à la parentalité et, pour les jeunes, de l'éducation à la vie et de la prévention de la violence entre les sexes- des bilans de santé à des moments clés :
 - un entretien de bilan psycho social au 4^{ème} mois de grossesse (celui qui a été institué par le plan périnatalité de 2005)
 - des bilans effectués périodiquement dans le cadre des examens obligatoires et systématiquement à 3/4 ans
- une capacité à en assurer le suivi et l'accompagnement dans le cadre d'une prise en charge globale. Cela suppose, pour organiser au mieux ce suivi :
- de renforcer les réseaux de périnatalité et de créer des réseaux pour assurer le suivi des enfants avec une rémunération des actes par les prestations dérogatoires des réseaux
 - de recruter éventuellement, au sein des services de PMI, des personnels nécessaires pour assurer ou initier le suivi : psychologues, des psychomotriciens, voire des orthophonistes ou des orthoptistes
- un désengagement de la PMI par rapport à la mission de suivi des assistantes maternelles qui doit être soit considérablement allégé, soit confié ou partagé avec d'autres services
- l'amélioration du pilotage et de l'animation des services de PMI
- réalisation d'études épidémiologiques, avec un meilleur suivi de l'activité, des coûts et des bénéficiaires et la mise en place d'indicateurs pour suivre la performance.
 - renégociation des conventions présidant aux relations avec les services délégués (services hospitaliers ou associations) avec un contrôle périodique des actions menées
- la renégociation des conventions qui lient dans chaque département les services de PMI à l'Assurance maladie pour que soient mieux assurées et financées la mise en oeuvre des évolutions préconisées précédemment et la qualité des interventions.

Des préconisations en direction des décideurs nationaux :

- la définition d'objectifs se substituant aux normes sur la base d'un plan sur la santé des enfants à élaborer au niveau national
- l'inscription dans la loi de la nouvelle mission de la PMI : l'accompagnement des suites données aux dépistages et à l'entretien du 4^{ème} mois.
- la mise en place d'un Conseil national de l'enfance, à l'image de la commission nationale du plan périnatalité 2005/2008

- la mise en œuvre, en complément des missions de contrôle général de missions d'évaluation et de contrôles thématiques permettant la diffusion de bonnes pratiques, et des évaluations, avec publication systématique des rapports
- la mise en place d'une convention cadre entre l'ADF en tant que représentant des départements et l'UNCAM pour encadrer la renégociation des conventions entre les départements et les caisses pivot de l'assurance maladie pour impliquer celles-ci dans le financement des actions de la PMI, notamment dans le domaine de la prévention précoce et du suivi des dépistages et de l'entretien du 4^{ème} mois
- un engagement des institutions nationales pour aider les départements sur le plan de la qualité : référentiels de l'HAS, outils de l'INPES
- la réaffirmation d'orientations nationales concernant la planification et l'éducation familiale et l'élargissement des compétences des centres de planification et d'éducation familiale (CEPF).

Sommaire

INTRODUCTION.....	2
1. UNE CONTRIBUTION IMPORTANTE À LA PROMOTION DE LA SANTÉ DES ENFANTS, DES JEUNES ET DES FAMILLES	4
1.1 UN DISPOSITIF ANCIEN QUI A CONNU DES ÉVOLUTIONS CONSIDÉRABLES.....	4
1.1.1 De 1945 à 1983 les missions de la PMI évoluent de la survie infantile vers la surveillance de l'état de santé des enfants et des femmes enceintes.....	4
1.1.2 A partir de 1983, la décentralisation est mise en place progressivement et dans une démarche de santé publique.....	5
1.1.3 Les missions actuelles sont définies précisément par la loi et le règlement.....	5
1.2 DES ACTIVITÉS ET DES MOYENS SIGNIFICATIFS.....	5
1.2.1 Une activité mal appréhendée au plan national et au plan local.....	5
1.2.2 Un éventail d'activités dont l'impact quantitatif est relativement important.....	7
1.2.3 Une estimation des moyens et du coût de la PMI.....	10
1.3 UNE VALEUR AJOUTÉE PARTICULIÈRE	11
1.3.1 Les activités de planification ou d'éducation familiale.....	12
1.3.2 L'activité de protection maternelle	15
1.3.3 L'activité de protection infantile.....	16
1.3.4 L'agrément et le suivi des assistants maternels.....	22
2. MAIS UN DISPOSITIF DISPARATE QUI CONNAÎT DES DIFFICULTÉS DE POSITIONNEMENT ET DE PILOTAGE.....	24
2.1 DES DISPARITÉS DANS L'ACTIVITÉ QUI NE SEMBLENT PAS CORRÉLÉES À DES INDICATEURS DE SANTÉ.....	24
2.1.1 Des disparités considérables entre les départements.....	24
2.1.2 Des différences non corrélées à la précarité ni à la densité médicale.....	25
2.2 UN POSITIONNEMENT COMPLEXE.....	26
2.2.1 Au sein des services départementaux.....	26
2.2.2 Au sein du dispositif sanitaire	27
2.2.3 Dans la politique de santé publique.....	28
2.2.4 Par rapport à l'assurance-maladie.....	28
2.3 DES DIFFICULTÉS DANS LE PILOTAGE ET L'ANIMATION DES SERVICES.....	30
2.3.1 Un fort déficit d'évaluation.....	31
2.3.2 Le manque d'accompagnement par les instances nationales.....	33
2.3.3 Des difficultés de recrutement et des problèmes de statut.....	33
3. POUR UN RECENTRAGE, UN REPOSITIONNEMENT ET UN PILOTAGE RÉNOVÉ	34
3.1 RECENTRER SUR LA VALEUR AJOUTÉE SPÉCIFIQUE DE LA PMI.....	35
3.1.1 Viser en priorité les populations précaires et les personnes vulnérables en s'appuyant sur les réseaux	35
3.1.2 Limiter l'engagement de la PMI par rapport au suivi des assistants maternels	35
3.1.3 Les préconisations par bloc de mission	36
3.2 REPOSITIONNER LA PMI DANS LES POLITIQUES NATIONALES.....	40
3.2.1 Rendre plus lisible la politique nationale et régionale de promotion de la santé des enfants et y associer les services de la PMI.....	40
3.2.2 Intégrer la PMI décentralisée dans ces politiques	42
3.2.3 Substituer au système des normes nationales de PMI un pilotage par les objectifs.....	43
3.2.4 Renforcer le contrôle interne et externe sur les activités de PMI	44
3.3 AMÉLIORER LE PILOTAGE ET L'ANIMATION DES SERVICES DE PMI ET ADAPTER LEURS RESSOURCES À L'ÉVOLUTION DES ACTIVITÉS	45
3.3.1 Définir des objectifs pour les services à partir d'études d'évaluation et d'analyse des besoins... ..	45
3.3.2 Développer la transparence sur les activités et des coûts.....	45
3.3.3 Renforcer les compétences.....	46
3.3.4 Adapter les ressources financières.....	47
CONCLUSION GÉNÉRALE	49

ANNEXES

Introduction

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a réalisé depuis 2003, dans le cadre de son programme de travail annuel, le contrôle de quatre services de protection maternelle et infantile (PMI) dans les départements de Seine-Saint-Denis, du Finistère, de l'Ain et de la Guadeloupe. Ces enquêtes ont fait le constat d'une grande hétérogénéité dans les activités mises en œuvre dans les différentes collectivités départementales et, dans certains cas, d'une difficulté à couvrir les missions légales. Ces constats recourent ceux effectués par la défenseure des enfants, dans son rapport annuel 2002, qui faisaient apparaître les services de PMI comme un « système performant mais une réalité inégale ». Elle appelait à une rénovation et à un renforcement des attributions de la PMI.

Dans ce contexte, fin 2005, l'IGAS a proposé au ministre de la santé et des solidarités et au ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, d'inscrire à son programme annuel de travail une enquête sur l'avenir de la PMI. Ce thème a été retenu comme prioritaire par les deux ministres concernés.

De plus, suite au débat public sur la protection de l'enfance initié en 2005, le gouvernement a engagé la préparation d'un projet de loi transmis au conseil des ministres à la mi-avril 2006 et qui fait actuellement l'objet d'un examen par le parlement. Les ministres ont intégré dans ce projet de loi des dispositions concernant la protection maternelle et infantile avec la volonté de développer la prévention médico-sociale précoce en direction des femmes enceintes et des enfants.

C'est pourquoi, par lettre du 20 février 2006 (annexe 1), le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes handicapées et à la Famille ont saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission d'étude sur la protection maternelle et infantile visant à proposer « les axes fondamentaux d'une politique rénovée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance ».

Cette mission, confiée à Mmes Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE, à Mme le docteur Patricia VIENNE et à M. Christophe LANNELONGUE, membres de l'IGAS, s'est déroulée entre le 1^{er} mars et le 15 octobre 2006.

Pour procéder à ses investigations, et en complément des contrôles déjà réalisés et des rencontres et entretiens avec les responsables nationaux et les représentants des professionnels, la mission de l'IGAS a choisi de se déplacer dans quatre départements (Calvados, Essonne, Hérault, Meurthe-et-Moselle). La collectivité départementale-Ville-de-Paris- a fait, quant à elle, l'objet d'une mission conjointe IGAS-Inspection de la Ville de Paris. La liste des personnes rencontrées figure en annexe 2.

Pour analyser l'organisation des services de PMI, les moyens qui leur sont affectés, leurs activités et les résultats obtenus, la mission a élaboré un questionnaire qui est joint en

annexe 4. Quatre rapports de site ont été rédigés et soumis à une procédure contradictoire simplifiée¹. Ils constituent une annexe au présent rapport dans un document distinct.

Au terme de ce travail, les membres de la mission tiennent à souligner la qualité de l'accueil des élus et des responsables administratifs des conseils généraux, ainsi que la richesse des échanges avec les professionnels des circonscriptions et les représentants des institutions rencontrées et au final l'aide très précieuse apportée à la mission, notamment à travers les analyses et les réflexions prospectives qu'ils ont bien voulu lui transmettre.

¹ Mission relative à la politique départementale de protection maternelle et infantile, rapports n° 2006-091, 092, 093, 094. Le rapport sur le département de Paris est un rapport de contrôle diffusé par ailleurs

1. Une contribution importante à la promotion de la santé des enfants, des jeunes et des familles

1.1 Un dispositif ancien qui a connu des évolutions considérables

Les institutions et règles de protection des nouveau-nés et des petits enfants mises en place depuis le 19^{ème} siècle (ouverture des « gouttes de lait », organisation des études de sage femme et de puériculture, loi Roussel de protection de l'enfance et loi Strauss sur le repos après accouchement...) ont été prolongées par un dispositif global de protection maternelle et infantile créée par une ordonnance du 2 novembre 1945 et qui s'est traduit par l'obligation d'ouvrir des consultations pour les femmes enceintes et les nourrissons dans tous les départements et par la mise en place d'une surveillance sanitaire de tous les établissements recevant des femmes enceintes et des enfants.

1.1.1 De 1945 à 1983 les missions de la PMI évoluent de la survie infantile vers la surveillance de l'état de santé des enfants et des femmes enceintes

De manière très simplifiée, on peut dire que pendant une première phase, d'une vingtaine d'année, la PMI est avant tout orientée sur la protection : le contexte est celui d'une forte mortalité infantile, de carences multiples et de problèmes d'alimentation. La PMI s'inscrit alors principalement en complément des services hospitaliers. Elle s'implante sur le territoire et recrute du personnel qualifié. Grâce à l'élévation du niveau de vie, à l'institution de la sécurité sociale, et au recours massif à la vaccination, les problèmes de survie des nouveau-nés et des petits enfants sont largement maîtrisés dès le début des années 1960.

La nécessité de revoir les textes initiaux de la PMI s'impose alors. Le décret du 19 juillet 1962, puis la loi du 6 juillet 1964 réorganisent les services, notamment par la mise en place d'une direction de la PMI confiée à un médecin dans chaque service déconcentré du ministère et par la création de circonscriptions divisées en secteurs de 6.000 à 9.000 habitants confiés à une assistante sociale.

La PMI se tourne davantage vers la prévention, et la lutte contre la mortalité périnatale passe au premier plan. Elle investit à partir de 1967 le champ de la planification et de l'éducation familiale. La PMI se développe sur le territoire grâce notamment au système de financement croisé, l'État remboursant aux départements une partie des dépenses d'aide sociale qu'ils engagent. Le premier plan 1970 -1975 relatif à la périnatalité, avec une approche exemplaire et pionnière de santé publique, rationalise l'organisation du suivi des grossesses et des naissances. Couronnant ces progrès, la circulaire du 16 mars 1983 oriente la PMI vers la "promotion de la santé individuelle et collective prise globalement" et insiste sur la lutte contre les inégalités et les "handicaps et les inadaptations de tous ordres" : la démarche PMI est fondamentalement à la fois médicale et sociale.

1.1.2 A partir de 1983, la décentralisation est mise en place progressivement et dans une démarche de santé publique.

La loi du 23 juillet 1983 fixant la répartition des compétences entre les communes, les départements et l'Etat notamment en matière d'aide et d'action sociale, transfère au département la charge de la protection sanitaire de la famille de l'enfance, à l'exception de l'IVG et du contrôle des établissements d'hospitalisation recevant des femmes enceintes. Mais il faut attendre la loi du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale au transfert de compétences en matière d'aide sociale et de santé pour que les départements se voient préciser leurs missions auxquelles s'ajoute explicitement - signe de l'apparition de nouvelles problématiques jusqu'ici traitées pour la PMI dans de simples circulaires - la participation aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.

Le décret du 6 août 1992 précise l'organisation du service départemental ainsi que les qualifications professionnelles de ses personnels. Il définit des normes minimales opposables aux départements destinées à couvrir au moins les besoins des populations en difficulté, évalués alors à 10 % environ de la population totale et à éviter d'importantes disparités départementales. Avec la loi du 27 juin 2005, on assiste à un renforcement des missions de la PMI sur la formation et le suivi des assistantes maternelles. Contrairement à la décentralisation de l'action sociale achevée dans les textes dès 1986, celle de la santé de la famille a nécessité près de 10 ans.

1.1.3 Les missions actuelles sont définies précisément par la loi et le règlement

La loi décrit d'emblée la promotion de la santé maternelle et infantile comme une mission partagée entre l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. Il y a bien décentralisation mais au sein d'une politique d'ensemble.

L'article L 2112-2 du code de la santé publique (CSP) impartit au service départemental de PMI une liste d'activités qui correspondent à des missions plus générales de protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile, et qui figurent en annexe 8. Ces activités concernent cinq publics prioritaires : les publics masculins et féminins, en général adolescents ou jeunes, pour l'éducation sexuelle et de la planification des naissances, les femmes enceintes ou en postnatal, les enfants de moins de 6 ans et leurs familles, les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE), les assistants maternels et les professionnels des modes de garde.

La loi fait mention de femmes et enfants "requérant une attention particulière" et le règlement de "populations vulnérables et de quartiers défavorisés".

Les textes fixent des normes strictes qui encadrent l'activité de la PMI.

1.2 Des activités et des moyens significatifs

1.2.1 Une activité mal appréhendée au plan national et au plan local

Donner une image nationale d'une activité décentralisée et qui s'inscrit dans la proximité n'est pas chose aisée. La loi a inclus expressément le recueil et le traitement d'informations dans les missions du service départemental (L.2112-2 du CSP) et le règlement (R 2112-8 du CSP) prévoit que « *les états statistiques concernant d'une part les activités du*

*service départemental*² et d'autre part la situation sanitaire au titre de la protection maternelle et infantile » sont transmis chaque année au préfet par le président du conseil général. Le ministère chargé de la santé (DREES) doit traiter ces informations et les renvoyer au département.

Le règlement prévoit également que le service de PMI s'attache chaque année « à présenter et analyser d'autres indicateurs sanitaires, sociaux et démographiques utiles à la détermination des besoins de la population et des actions à entreprendre ». Par ailleurs, le service de PMI doit, depuis 2005³ transmettre, à partir des certificats de santé qu'il collecte sur tout son territoire, non seulement des données agrégées mais des données personnelles.

Théoriquement, tant les services de PMI que la DREES ont en leurs mains des outils permettant de connaître l'activité de la PMI et les indicateurs de santé dans les départements. En fait, les études épidémiologiques locales sont rares et réalisées ponctuellement⁴, en raison notamment des effectifs pouvant être affectés à ces tâches dans les petits et moyens départements. Dans les départements visités par la mission, les éléments obligatoires figurant sur le questionnaire national DREES sont bien suivis. Mais font défaut, sur le plan national, les informations sur le public de la PMI dont on ne connaît que le nombre, mais ni l'âge ni les caractéristiques sociales, ni les motifs de recours à ce service. Il est également impossible de connaître exactement les actions collectives menées.

Les recueils obligatoires sur l'activité sont les mieux assurés : en 2004, 87 départements ont transmis les informations règlementaires. La DREES doit ensuite valider et faire des estimations. Elle ne traite pas ces données systématiquement sauf celles qui portent sur les modes de garde. Le dernier numéro de la publication "*documents statistiques*" de la DREES qui traite de l'activité de la PMI a été publié en 1998 sur les années 1994/1995⁵. Mais, dans le cadre du présent rapport, la DREES a effectué sur les années 2003 et 2004 des validations et des estimations qui figurent en annexe 5 et donnent une image relativement fiable de l'activité de PMI par rapport à l'année 1995. Les données concernant la protection maternelle et la planification sont cependant fragilisées par le fait qu'une partie des consultations est mixte et concerne ces deux activités, ce qui génère des doubles comptes.

Il existe par ailleurs un annuaire des données sociales et de santé des conseils généraux de l'association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des conseils généraux (ANDASS). Les données d'activité, publiées en juin 2005 sont fiables et recoupent largement celles de la DREES. Mais, selon les responsables de l'annuaire eux-mêmes, les éléments fournis concernant le personnel et les dépenses de PMI par habitant de moins de 4 ans⁶ ne sont pas utilisables.⁷

² Cf questionnaire annuel sur le service départemental de PMI prévu par le décret du 14 août 1985 et l'arrêté du 18 décembre 1998

³ Article 24-11 de la loi du 9 août 2004

⁴ Voir les exemples dans les rapports de site en annexe

⁵ La dernière publication de la DREES sur les certificats de santé de l'enfant concerne l'année 1998 (" document de travail, collection statistique n° 17- décembre 2000)

⁶ Ces chiffres vont de 3€ à 331€ suivant les départements

⁷ En raison de confusions sur les personnels affectés à ce service, qu'il est difficile d'identifier clairement et de l'absence d'exhaustivité des données budgétaires départementales qui comportent essentiellement les dépenses liées aux activités conventionnées

1.2.2 Un éventail d'activités dont l'impact quantitatif est relativement important

1.2.2.1 Les prestations offertes

Sur la base des chiffres fournis par la DREES, la mission estime que globalement la PMI suit environ 18% des femmes enceintes et près de 20% des enfants de moins de 6 ans, avec un pourcentage beaucoup plus élevé pour les nouveau-nés et les moins d'un an (50 à 60%). Le public de la PMI est majoritairement, comme la mission a pu le constater au cours de ses déplacements sur le terrain, une population marquée par la précarité et la vulnérabilité psycho-sociale.

1.2.2.2 Les activités de planification et d'éducation familiale

Les centres de planification ou d'éducation familiale exercent les activités décrites à l'article R 2317-7 du CSP et qui sont reprises en annexe 8 : il s'agit essentiellement d'activité d'information, de consultation et d'actions collectives en matière de contraception et de sexualité, notamment dans les établissements scolaires. L'article R. 2311-14 du CSP prévoit également que les CEPF, pour effectuer le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, doivent être agréés à cet effet. Les départements prennent généralement en charge financièrement les moyens de contraception et les examens de laboratoire pour les mineurs et pour les non assurés sociaux.

	2003	2004
Lieux	808	848
Séances	75 486	90 478
Personnes vues en consultation de planification	468 889	420 872
Examens	416397	535582

Source : DREES

Le taux de non-réponse à la DREES est de 20%. Le volume d'activité réelle de la PMI est donc ici sous évalué. Par ailleurs, la fiabilité de ce tableau est obérée par le fait qu'il existe des consultations mixtes planification / prénatales qui sont comptabilisées dans l'une ou l'autre activité⁸.

Les lieux recouvrent les points de consultation de la PMI, qu'ils soient confiés par délégation à des structures hospitalières ou à des associations. Les séances correspondent à des demi-journées de consultation et les examens au nombre de consultations. Le nombre d'examens par séance est de 5,9 avec une durée de consultation de 35 minutes. On peut estimer qu'environ 450 000 personnes (jeunes pour l'essentiel et dans certains sites en majorité mineurs) fréquentent les consultations de planification de la PMI pour des motifs divers (contraception, contraception d'urgence, entretiens pré et post IVG, conseil conjugal). En ce qui concerne les actions d'information et d'éducation sexuelle à l'école, en l'absence de données sur les actions collectives, il est nécessaire de renvoyer aux rapports de site rédigés par la mission. Ce sont essentiellement les élèves de 4^{ème} et de 3^{ème} de l'enseignement public, qui en sont bénéficiaires et ce, lorsque le chef d'établissement sollicite la PMI ou les associations qui interviennent sur délégation⁹.

⁸ On peut estimer à environ 20% les doubles comptes. La DREES indique pour 2004 155 511 consultations dans le comptage groupé versus 130 475 en comptage séparé (139 997 prénatales, 90 478 consultations -planifications

⁹ La circulaire de 1996 du ministère de l'éducation nationale prévoyait deux heures obligatoires d'éducation à la sexualité dans les classes de 4^{ème} et de 3^{ème}; les lois du 7 juillet et 11 août 2001 ont élargi cette mission en prévoyant qu'une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées en raison d'au moins trois séances par an et par groupe d'âge homogène.

En complément de ce dispositif, existent plus de 350 établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF)¹⁰. Ils exercent également des missions d'information mais n'assurent pas de consultations. Ils sont placés sous la tutelle l'Etat et leurs financements¹¹ sont régis par des conventions quinquennales entre les DDASS et les établissements.

1.2.2.3 La promotion de la santé maternelle

	1985	1989	1991	1995	2003 ¹²	2004
Lieux de consultation prénatale ¹³	393	436	429	496	466	458
Séances de consultations prénatales		44 200	40 935	48 400	40 843	39 997
Femmes vues en consultation			79 614	99 700	88 630	83 932
Examens	456000	374000	316 000	369100	317024	223932
VAD SF	172600	223600	242800	264200	238072	274825
Nb femmes suivies en VAD	51 000	58 100	64 500	91 700	80 988	97 403
Femmes vues pour 1000 naissances	67	75	85	125		

Source : DREES .Taux de non réponse estimé à 20%

La mission évalue à au moins 140 000¹⁴ le nombre de femmes suivies par la PMI soit 18 % des femmes enceintes. Chaque femme bénéficie en 2004 d'un nombre moyen de 2,6 consultations et de 2,8 visites à domicile (VAD). La durée moyenne de la consultation a été de 38 minutes. Les VAD sont essentiellement réalisées par les sages-femmes.

Depuis la décentralisation en 1989/1991, on note une réduction du nombre de femmes suivies en consultation et une augmentation forte des femmes suivies à domicile ; le nombre de femmes vues en VAD a maintenant dépassé celui des femmes suivies en consultation. On peut se demander s'il s'agit d'une tendance à un ciblage des activités pour toucher les femmes les plus en difficulté.

1.2.2.4 La promotion de la santé des enfants

	1985	1989	1991	1995	2003	2004
Lieux de consultation infantile	6527	5724	5490	5329	4890	4615
Séances		258000	258100	251500	233287	223 847
Consultants			886705	885100	835420	746 872
Examens	2741000	2914000	2707000	2707200	2308702	2 152 735
VAD puéricultrices et infirmières			1000071	1075433	700189	737 916
Nb enfants vus à domicile			409 139	520 176	439 009	455 760

En dehors des actions collectives, qui ne sont pas renseignées, et dont on ne connaît ni les évolutions ni les thématiques principales au plan national, les données rassemblées dans le tableau ci-dessus montrent l'important maillage du territoire réalisé par la PMI : près de 5000 postes de consultations auxquels il faut ajouter des consultations itinérantes lorsque la PMI

¹⁰ Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS), rapport du groupe de travail portant sur « l'évolution du rôle, des lieux et des organismes d'information et d'éducation à la sexualité », septembre 2004

¹¹ Placés dans la même enveloppe que les crédits des actions de soutien à la parentalité financées par l'Etat

¹² La DREES estime les chiffres de cette année sous évalués en raison de non-réponses supplémentaires

¹³ On inclut dans le prénatal, l'éventuelle consultation ou visite postnatale. Il existe des consultations mixtes d'examen prénatals et de planification. Le taux de recouvrement peut être évalué à 20 %.

¹⁴ Pour éviter les doubles comptes, on additionne les femmes vues en consultation et 2/3 des femmes en VAD.

dispose de camions mobiles. La majorité des bénéficiaires est composée de consultants qui se déplacent auprès des centres. Cela représente environ 750 000 enfants auxquels on pourrait ajouter 2/3 des enfants vus à domicile (d'après l'estimation d'un service enquêté) qui n'ont pas consulté dans les centres, soit une population d'enfants de plus de 1 million par an, soit plus de 20 % de la population cible des moins de 6 ans. Compte tenu du fait que, d'après les enquêtes sur place, la majorité des enfants semble avoir moins d'un an, ce serait une proportion d'au moins 50% des enfants qui seraient vus lors de la première année par la PMI.¹⁵

On constate une certaine décroissance de l'activité. Seuls le nombre d'enfants vus en VAD et le nombre de lieux de consultation ne déclinent pas.

Le cas particulier des bilans en école maternelle

	2003	2004
Nombre de bilans en école maternelle	444 536	471 128

Cette activité, bien mesurée dans les départements, l'est beaucoup moins bien au niveau national car elle ne figure pas dans le questionnaire de la DREES sur la PMI. Les données disponibles sont issues du questionnaire DREES sur la santé de la mère et de l'enfant. Les bilans de santé seraient ainsi réalisés sur environ 60 % de la classe d'âge. L'école maternelle permet à la PMI de toucher des enfants qu'elle n'a pas nécessairement vus en consultation ou en VAD.

1.2.2.5 Les activités en lien avec les modes de garde individuels

➤ Assistants maternels non permanents, employés par les particuliers

	1991	1995	2003	2004
Places ¹⁶	DND	DND	645 074	660 177
Agréments en cours de validité	130 614	263 148	354 632	367 632
Nouveaux agréments d'assistants maternels	DND	DND	35 496	35 590
Renouvellements d'agréments d'assistants maternels	DND	DND	36 577	42 979

Source : DRESS .DND : données non disponibles

On dispose, pour les agréments en cours, d'une série depuis 1991. Elle montre la progression considérable des assistants maternels agréés entre 1991 et 2004, soit un quasi triplement : 281 %. Le volume d'activité que représentent les nouveaux agréments est de 36 000 en 2004, ce qui suppose à chaque fois au moins une visite sur place au domicile de l'assistant maternel.

¹⁵ Certains rapports de site font apparaître des chiffres bien supérieurs.

¹⁶ ces chiffres se rapportent au nombre de salariés en activité et non aux agréments PMI.

1.2.3 Une estimation des moyens et du coût de la PMI

1.2.3.1 Le personnel

Catégorie professionnelle	1995	2003	2004
Nombre de médecins titulaires	521	1779	1910
Nombre de médecins vacataires	3317	1500	1500 ¹⁷
Nombre de sages-femmes	554	699	712
Nombre de puéricultrices	3151	3670	3736
Nombre d'infirmières	938	1 129	1122

Source DREES

L'évolution est marquée par une augmentation du personnel et un mouvement de titularisation des vacataires médecins (le nombre est passé de 521 titulaires en 1995 à 1910 en 2004). Les ressources en sages femmes, en puéricultrices et en infirmières sont passées de 4694 à 5570, soit une augmentation de 18 % en 10 ans.

Aujourd'hui, les services de PMI regroupent un personnel médical et paramédical de 7480 ETP et 1500 médecins vacataires. Les puéricultrices représentent la moitié du personnel (3736), viennent ensuite les médecins (1910 médecins titulaires en ETP, 1500 médecins vacataires en effectifs), puis les infirmières (1122) et les sages femmes (712). Il convient d'ajouter à ces personnels les autres personnels techniques : conseillères conjugales, psychologues, éducateurs de jeunes enfants, assistantes sociales, auxiliaires de puériculture environ soit 1120 salariés (ratio estimé sur la base de l'enquête nationale sur les personnels de PMI réalisée par la PMI de la Gironde en 2000), et les personnels administratifs dédiés (estimés par la mission à 375 environ).

Au total, selon les évaluations de la mission, le personnel de la PMI représente près de 9000 personnes.

1.2.3.2 La dépense nationale de PMI

La mission s'est efforcée de procéder à une estimation du coût total de la PMI. Les éléments de cette étude et le mode de calcul sont détaillés en annexe 6. **Le coût de la PMI, qui recouvre essentiellement des dépenses de personnel départemental, se situerait autour de 700 Millions €**

Cela représente une dépense publique modeste au regard de la population concernée et des enjeux de santé publique qui s'y attachent un pourcentage d'environ **1,8% des budgets départementaux et un budget de 13 € par habitant, à comparer avec 160 € de dépenses de prévention et 3000€ de dépenses de soin par habitant (source DREES).**

Le budget peut aussi être comparé à celui de la santé scolaire : 332 millions € (LOLF Programme vie de l'élève).

¹⁷ 6% de non-réponse. Il ne s'agit pas d'équivalent temps plein mais d'effectifs

1.3 Une valeur ajoutée particulière

La PMI est un des acteurs qui contribue à améliorer les indicateurs de santé. En France, les indicateurs globaux de santé des mères et des enfants, notamment les taux de mortalité se sont améliorés au fil du temps mais ce n'est pas le cas pour la prématurité et l'hypotrophie où des progrès importants restent à accomplir¹⁸. Notre pays se situe dans une place moyenne par rapport aux Etats de l'Union européenne (hors nouveaux Etats membres) : il occupe la sixième place pour la mortalité infantile (3,9 pour mille en 2004), la huitième pour la mortalité périnatale, la sixième pour la prévalence de la prématurité et la douzième pour celle de l'hypotrophie. La mortalité maternelle reste un point faible pour la France : 9 décès et pour 100 000 naissances vivantes, loin derrière le Royaume-Uni (7), l'Allemagne (5,6), la Suède (4,4) et l'Espagne (3,5) - voir annexe 11 sur l'évolution des indicateurs de santé.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique vise à réduire en 5 ans la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union Européenne (c'est à dire passer du taux actuel de 9 à 5 pour 100.000) et à diminuer la mortalité périnatale de 15% (soit de 6,9 à 5,5 pour 1.000).

Il est plus difficile de caractériser de manière simple l'évolution de la santé des enfants : la poursuite de progrès significatifs dans les soins s'accompagne de la prise de conscience de l'importance des problèmes liés à l'environnement (asthme, saturnisme), de la persistance des problèmes bucco-dentaires et sensoriels (troubles de la vision et de l'audition) et plus récemment des troubles psychologiques et comportementaux (déficit d'attention, hyperactivité et troubles du langage) et de la question de l'obésité.

Dans le cas de la maternité et de l'enfance, l'importance des facteurs « pauvreté et précarité » ressort de toutes les études¹⁹. *"Le taux de prématurité des femmes ayant des ressources provenant d'aide publique ou aucune ressource est de 7,5 % au lieu de 5,7 % chez les femmes ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle et la proportion d'enfants de poids inférieur à 2.500 grammes est respectivement de 8,1 et de 6,4 % dans les deux groupes"*²⁰. Dans le même sens, les enquêtes²¹ montrent que les enfants les plus défavorisés *"ont davantage de troubles mentaux et du sommeil ainsi que des troubles précoces d'apprentissage et du comportement"*. Dans les zones d'éducation prioritaires (ZEP) la prévalence des troubles du langage et des surcharges pondérales est nettement plus élevée par rapport aux autres zones (pour ces dernières : 17,3 % contre 13,3 %). Il en est de même pour les problèmes bucco-dentaires. Près de 42.000 enfants seraient atteints de saturnisme aujourd'hui.

Entre chômage, sous-emploi, précarité de l'emploi et précarité financière des travailleurs pauvres, de nombreuses études estiment à un quart au moins, voire à un tiers de la population : soient 15 à 20 millions de personnes - 7 millions de pauvres et 8 à 12 millions de précaires – qui, pour une raison pour une autre, ont de façon durable, des conditions de vie

¹⁸ Le recul de l'âge de la maternité (29,5 ans en 2006 contre 26,5 en 1977) intervient pour une part essentielle comme facteur d'explication de cette stagnation.

¹⁹ Un certain nombre de celles-ci ont été synthétisées dans la publication de la DREES, E.Cambois : "les personnes en situation sociale difficile et leur santé" 2003- 2004.

²⁰ Enquête périnatale 1998 - DREES

²¹ Dumesnil, Choquet, Tabone, Turz cités par la DREES

marquées du sceau de l'extrême difficulté.²² En retenant comme seuil de pauvreté monétaire le montant de 557 euros par mois²³ la France comptait en 1999 environ 3,7 millions de personnes pauvres (taux de pauvreté de 6,5 %) dont un million d'enfants de moins de 18 ans. Le taux de pauvreté des enfants (7,8 %) était ainsi plus élevé que celui des adultes. A ce jour, le nombre d'enfants pauvres est estimé à 2 millions.

La PMI s'adresse à toute la population, mais la loi insiste sur " les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière" et le décret codifié (R.2112-1 du CSP) sur les notions de "populations vulnérables", de " quartiers défavorisés" qui doivent prioritairement déterminer la répartition géographique des consultations et actions de la PMI. De fait, pour certaines fonctions et certains groupes de population, la PMI constitue le service le plus approprié voire le seul, alors même que les autres dispositifs se sont considérablement développés et ouverts depuis 1945 : médecine libérale, consultations et urgences hospitalières, consultations PASS (permanences d'accès aux soins), centres médico-psychiatrique, accessibilité par la CMU.

Globalement, la plus-value de la PMI réside dans son accessibilité géographique, financière et culturelle et sa démarche de prise en charge globale à la charnière du sanitaire et du social, de l'individuel et du collectif, du préventif et de l'éducatif, assortie d'un fort accompagnement social.

1.3.1 Les activités de planification ou d'éducation familiale

Même si l'information sur la sexualité et la contraception, et la prescription de la contraception, peuvent être assurées par d'autres professionnels et structures que la PMI, cette dernière présente l'avantage de regrouper en un même lieu des personnels sociaux et sanitaires et de réaliser à la fois des interventions individuelles et collectives. Son insertion dans une politique de prévention globale qui concerne toute la chaîne de la vie familiale, constitue un atout important, surtout lorsque les services du département ont su décliner les axes de réflexion ou de programmation existant au plan national²⁴ ou régional. La valeur ajoutée de la PMI sur ce champ est liée à plusieurs des spécificités de son intervention :

1.3.1.1 Le ciblage des consultations en direction de catégories de bénéficiaires qui en ont le plus besoin

L'activité de consultation permet une prise en charge et un suivi plus complets pour certaines catégories de bénéficiaires, notamment les mineurs et les non assurées sociales. Les consultations, gratuites pour les mineures, comme la délivrance de la contraception, les actions de communication (diffusion de plaquettes d'information, dépliants, inscription des adresses des lieux d'information sur le site du conseil général), sont les axes majeurs qui ont

²² Jacques Rigaudiat. « A propos d'un fait social majeur : la montée des précarités et des insécurités sociales et économiques ». Droit social n°3. Mars 2005. Travaux menés pour la conférence de la famille 2005, rapports du CERC

²³ Demi-médiane du revenu disponible par unité de consommation des ménages mesuré dans les enquêtes Revenus fiscaux portant sur l'année 1999

²⁴ Rapport de la HAS, « *Recommandations de bonnes pratiques en matière de contraception* », 2004, loi du 4 août 2004 relative à la santé publique, plans régionaux de santé publique, schémas régionaux d'organisation sanitaire

été définis en direction des jeunes²⁵. La création des maisons des adolescents dans un nombre croissant de départements pourrait constituer une nouvelle problématique susceptible de compléter l'activité de planification en direction des jeunes par la PMI.

Il faut ajouter que les femmes en situation de vulnérabilité sociale et certaines femmes issues de l'immigration utilisent la possibilité offerte par les consultations de PMI, car elles s'orientent moins facilement vers la médecine libérale et la gratuité constitue un avantage certain²⁶. En outre, et pour l'avenir, la PMI risque de devenir, avec la raréfaction des consultations de secteur 1, un recours pour l'accès à la contraception pour certaines classes moyennes.

Les différents modes de gestion des CEPF, (gestion directe, gestion déléguée à une association, une mutuelle, un centre hospitalier) s'expliquent souvent par l'histoire et l'implication plus ou moins importante des élus en charge de cette politique. La stratégie d'implantation des centres dans des lieux banalisés, essentiellement fréquentés par des jeunes, renforce l'efficacité du dispositif.

1.3.1.2 La délivrance de la contraception d'urgence

La délivrance de la contraception d'urgence est possible dans les CEPF²⁷. Autorisée par la loi du 13 décembre 2000, elle peut être délivrée par l'infirmière scolaire ou en pharmacie, gratuitement et de manière anonyme pour les mineures. Les CEPF tentent de manière inégale de renforcer les liens avec la santé scolaire, maillon indispensable pour l'application des dispositions de la loi, et de pallier les difficultés soulevées par la délivrance anonyme et gratuite de la contraception d'urgence²⁸. La rapidité de l'intervention des professionnels est essentielle : dans certains centres de PMI, la délivrance de la contraception d'urgence est réalisée par l'ensemble de l'équipe, et pas seulement, comme le prévoient les textes, par le médecin responsable du centre. Ce peut être par une sage-femme ou un membre de l'équipe, sous l'égide d'un protocole et d'une formation adaptée²⁹.

1.3.1.3 La PMI est souvent prépondérante pour les actions collectives relatives à la planification et à l'information sexuelle

- dans les établissements scolaires

L'activité générale d'éducation à la sexualité, en particulier dans les établissements scolaires, permet d'assurer des actions de prévention et d'information sur des problématiques de plus en plus difficiles à évoquer et traiter comme les violences, le machisme, la pornographie.

²⁵ Le ministère de la santé a réalisé un recensement des centres de planification et de leurs antennes pour mettre leurs coordonnées à la disposition des populations et des professionnels, et les a rendus accessibles sur le site du ministère.

²⁶ La mission a pris connaissance à Paris des analyses menées sur la clientèle des deux CEPF des XVII^e et XVIII^e arrondissements dans lesquels une enquête de clientèle a montré que 2/3 des usagers avait moins de 25 ans et que les femmes issues de l'immigration, les femmes en grande vulnérabilité sociale, familiale et scolaire, étaient majoritaires.

²⁷ Pour l'instant, les CEPF ne sont pas autorisés à participer à la procédure permettant l'IVG médicamenteuse

²⁸ Le rapport de 2003 rédigé pour le Parlement par le ministère de la santé ainsi que les éléments fournis dans les départements à la mission lors de son enquête a montré que certaines difficultés persistaient, comme les réticences de certaines pharmacies à délivrer de manière anonyme et gratuite la contraception d'urgence aux mineures, en dépit du travail de sensibilisation mené par l'ordre des pharmaciens, présence effective des infirmières scolaires dans les établissements qui en sont dépourvus, difficulté à préserver la confidentialité.

²⁹ Cette situation rend d'autant plus nécessaires l'adaptation des textes à la pratique et la mise en œuvre d'un travail mené au niveau national sur les pratiques professionnelles.

Conçues initialement comme une partie des cours de biologie et d'économie familiale et sociale après l'adoption de la loi Neuwirth en 1967³⁰, les actions d'information et d'éducation sexuelle se sont progressivement orientées vers des thématiques insérées dans le cadre de l'éducation à la vie³¹. La mission de l'IGAS a relevé sur le terrain une implication forte des services de PMI, que les actions soient assurées directement (un médecin et une conseillère conjugale ou une sage femmes), soit par l'intermédiaire d'associations ou de mutuelles³².

Le partenariat entre l'Education nationale et les autres structures est essentiel, et la PMI n'est qu'un des acteurs susceptibles de mener ces actions. En réalité, compte tenu de leur implantation territoriale, de la nature des actions menées, de leur rôle de proximité, les CEPF sont souvent en première ligne, avec un partenariat qu'il conviendrait d'élargir et de démultiplier, là aussi, avec les maisons des adolescents lorsqu'elles existent.

- en direction de certaines familles

Une autre cible populationnelle est rarement citée comme un axe stratégique, mais fait l'objet, de manière inégale selon les départements, d'actions collectives menées par la PMI. La PMI est la seule politique publique à mener des actions de planification familiale et d'information en direction des populations d'origine étrangère ; elle s'appuie souvent sur des collaborations avec des associations dans le cadre d'actions collectives, respectueuses mais volontaristes pour développer l'information en direction des jeunes et des familles issues de l'immigration (droits des femmes, planification familiale, lutte contre les violences, lutte contre les mutilations sexuelles ou les mariages forcés).

Ces actions sont menées soit dans les CEPF eux-mêmes, soit dans le cadre de l'action sociale des départements, dans les maisons de la solidarité du département, mais aussi dans les centres d'hébergement, ou à l'occasion de cours d'alphabétisation etc... L'atout constitué par l'implantation des CEPF dans certains quartiers, à condition que leurs heures d'ouverture soient adaptées, leur connaissance du terrain et leur proximité en font un des acteurs privilégiés de ce type de politique, sociale et de santé publique.

Dans l'ensemble, ces actions ne semblent pas relever de cadres préétablis, mais apparaissent généralement laissés à l'initiative des CEPF, des professionnels de terrain ou des associations. En effet, très souvent, il n'existe pas d'état des lieux quantitatif ou qualitatif des actions et les interventions sont souvent ponctuelles, avec des thématiques ou des méthodologies d'intervention qui mériteraient d'être évaluées et unifiées pour en renforcer l'efficacité.

³⁰ Circulaire du 23 juillet 1973

³¹ Rendues obligatoires par la circulaire du 15 avril 1996, elles ont été précisées par la circulaire du 19 novembre 1998 et réaffirmées au niveau législatif par la loi du 7 juillet 2001. Un article a été introduit dans le code de l'éducation et prévoit « une information et une éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées à raison de trois séances annuelles et par groupes d'âge homogènes ».

³² La mission a particulièrement relevé la nouvelle convention qui vient d'être signée entre le département de Paris et le centre de santé de la MGEN pour créer un CEPF délégué. En effet, afin de vaincre la réticence ou le manque d'intérêt des chefs d'établissements, scolaires tirant parti de sa connaissance et de sa proximité du milieu enseignant, une action systématique (lettres et appels téléphoniques) a été engagée par la conseillère conjugale avec l'appui du directeur du centre en direction des établissements scolaires de la rive gauche de Paris, avec un retour positif très important.

1.3.2 L'activité de protection maternelle

Dans ce domaine qui est celui des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes, de nombreux acteurs sont présents : les médecins généralistes et spécialistes, les sages-femmes et les maternités. L'activité de protection maternelle de la PMI doit donc s'apprécier en termes de complémentarité et de partenariat. De fait, comme le montrent les rapports de site et les données nationales mentionnées supra, l'implication de la PMI dans ce secteur est bien moindre que dans celui de la protection infantile, de nombreux départements ayant renoncé à toute consultation prénatale, même par conventionnement.

1.3.2.1 Une plus-value par les bénéficiaires

Les enquêtes sur le terrain de la mission ont permis de cerner les caractéristiques des bénéficiaires pour laquelle la PMI est particulièrement précieuse. Quel que soit le département, ce sont essentiellement des mineures, des migrantes, dont certaines sans papiers, des femmes sans profession, à faible revenu des femmes géographiquement isolées sans moyens de transport, familles nouvellement arrivées d'une autre région dans un département comme l'Hérault et qui n'y connaissent personne ou encore des femmes handicapées sur le plan mental ou psychique (dont tous les interlocuteurs de terrain s'accordent pour souligner l'augmentation). Ces personnes recourent à la PMI d'abord grâce à l'implantation des centres qui crée un maillage du territoire (458 sur le territoire) et une présence dans les quartiers sensibles - où parfois aucune présence médicale n'existe en dehors de la PMI - et là où des maternités de proximité ont été fermées et où les sages-femmes libérales ne sont guère présentes, comme dans le sud, rural, de l'Hérault, ou à Corbeil dans l'Essonne. Les déclarations de grossesse, systématiquement traitées par la PMI, leur permettent, en outre, de proposer des "mises à disposition " notamment auprès de familles repérées sur la base de risques sociaux (âge, profession, adresse, nombre d'enfants). Par exemple dans le département du Calvados, les sages-femmes, à partir de l'examen attentif de toutes les déclarations de grossesse transmises par la caisse d'allocations familiales (CAF), portent une attention toute particulière à certaines situations, comme la grossesse déclarée tardivement et/ou peu ou pas suivie, l'âge de la future mère inférieur à 18 ans, les primipares âgées, les grossesses rapprochées et les femmes isolées.

Ont été également mis en place, dans les endroits visités par la mission, des liaisons avec les maternités, dans le cadre de réseaux, formels ou non, qui permettent un suivi des femmes qui, ayant été hospitalisées à un moment de la grossesse, présentent un menace d'accouchement prématuré ou un risque identifié dans le domaine du lien mère/ enfant (risque de dépression, comportements addictifs...). La PMI possède ainsi la capacité irremplaçable de repérer, d'accueillir et de suivre (gratuité et légèreté des exigences administratives) les populations en situation précaire ou irrégulière (femmes en hébergement familial ou en hôtel..) et les personnes à risque médico-social (grossesses précoces, vulnérabilité psychologique). Cette réalité d'une clientèle à vulnérabilité médicale et psychosociale n'induit pas de stigmatisation car une certaine mixité sociale peut persister dans les salles d'attente qui sont ouvertes à l'ensemble de la population.

1.3.2.2 Une plus value par l'approche globale

Outre la proximité géographique, une certaine accessibilité administrative (légèreté des formalités et des demandes de justificatifs), une disponibilité (accueil sans rendez-vous), un travail d'équipe, (des migrantes traductrices, des personnels paramédicaux et sociaux et

pas seulement des médecins), une animation parfois des salles d'attente rendent la fréquentation de la PMI sécurisante et utile. L'intérêt de la PMI provient ainsi de :

- la durée des consultations. Dans l'Hérault, par exemple, les consultations durent en moyenne 45 minutes, sans compter le temps de liaison avec les maternités ou les professionnels de la psychiatrie par exemple. Ce temps, inenvisageable dans le cadre de la médecine libérale, permet à la personne qui consulte d'exprimer ses sentiments, ses craintes, ses désirs et donne au professionnel le temps d'interroger et de conseiller.
- des actions collectives. Ces activités, souvent menées en partenariat³³, semblent cependant moins importantes dans ce secteur que dans les activités de planification et même que dans le secteur des activités infantiles : il s'agit de préparation à la naissance (de mieux assurée par les sages-femmes de ville d'autant plus que la cotation de ces actes est maintenant favorable), préparation à l'allaitement, et de plus en plus groupes de paroles autour de la parentalité. Dans le monde rural, ces actions permettent de recréer un lien social pour ces femmes ou couples parfois géographiquement ou socialement isolés, lien plus difficile à maintenir qu'en ville.
- le grand apport de la PMI est le suivi à domicile, orientation de plus en plus importante. Cette activité dépasse largement en volume celle de la consultation (cf supra). Le suivi consiste à rejoindre à domicile des femmes qui ne peuvent se déplacer (éloignement) ou qui n'en prendraient pas l'initiative (handicap psychique ou mental) ou le craindraient (situation irrégulière avec hébergement dans d'autres familles, dans des "squatt" ou dans des hôtels) et encore celles qui ont été signalées notamment par les maternités pour des raisons médicales (monitoring pour les risques d'accouchement prématuré) mais aussi et plus souvent pour des raisons psycho sociales.
- un point fort de l'activité de la PMI est la pratique quotidienne des liaisons avec les médecins de ville, les maternités et les services sociaux. Il faut faire une mention spéciale de ses difficultés avec les secteurs de psychiatrie : elle fait appel à eux de manière croissante, mais si la prise en charge de l'urgence est généralement rapide, les rendez-vous pour le suivi s'étalent de un à plusieurs mois dans les centres médico-psychologiques (CMP).

1.3.3 L'activité de protection infantile

1.3.3.1 La valeur ajoutée au niveau de la population générale

Alors qu'en matière de protection maternelle, la plus-value de la PMI est, pour partie ancrée sur l'orientation de ses services vers les femmes en situation de vulnérabilité médico-sociale, dans le domaine de la protection infantile, la plus-value de la PMI qui couvre ici une population plus large (un million d'enfants par an au titre des consultations et des visites) se situe avant tout dans son approche globale et en direction de tous les publics. La PMI n'a pas le monopole du suivi de la santé des enfants petits³⁴ mais les trois certificats de santé doivent lui être transmis par les médecins qui les établissent, ce qui lui donne en propre une place centrale d'observation et de vigie.

³³ CAF, mutualité sociale agricole, associations,

³⁴ En application de l'article L.2132-2 du CSP et du décret et n° 73 267 du 2 mars 1973, il existe vingt examens obligatoires avant l'âge de six ans dont neuf au cours de la première année, les examens du huitième jour, du neuvième mois et du 24ème mois donnant lieu à l'établissement d'un certificat de santé. Par ailleurs, il existe les vaccinations obligatoires et recommandées.

L'approche et "la méthode" PMI, telle qu'elles ont été présentées à propos de la protection maternelle, sont particulièrement adaptées à la spécificité du suivi de l'enfant qui est avant tout par nature une question de conseils, de dialogue et d'accompagnement. La valeur ajoutée de la PMI par rapport à des consultations en ville, outre la gratuité et la proximité (il existe en France 4600 points de consultation) consiste en :

- la présence de puéricultrices auxquelles il peut être accédé sans rendez-vous ni formalité administrative. La mixité et l'animation des salles d'attente (cf. les opérations d'initiation à la lecture rencontrées dans plusieurs départements) en font des lieux de socialisation et d'éducation. En revanche, il faut souligner que les délais de consultations avec les médecins de PMI sont - sauf pour les nouveau-nés pour lesquels il existe des plages réservées - d'un mois ou deux, presque dissuasifs : ils commencent à compromettre la performance des services ;
- la durée des consultations : dans le Calvados par exemple, elles durent en moyenne 40 minutes et en Essonne 25 minutes. Leur vocation est préventive. Si le droit de prescription n'est pas reconnu spécifiquement aux médecins de PMI, ces derniers ne s'interdisent pas, à titre exceptionnel mais en fonction de l'urgence de prescrire des médicaments lorsqu'ils savent que les familles n'iront pas s'adresser rapidement aux médecins ou à l'hôpital. Le travail de liaison avec la médecine de ville, les consultations hospitalières est important, même s'il prend moins de place que dans les consultations prénatales. S'avèrent de plus en plus nécessaires des contacts étroits avec les équipes de psychiatrie publique dont les délais de consultation sont partout déplorés.
- le suivi à domicile : parfois systématiquement proposé à la maternité, il est en réalité ciblé sur des critères de risques psychosociaux et médicaux sur la base des liaisons avec les maternités, des certificats du huitième jour, des indications du service social ou encore d'un signalement par un réseau³⁵. En Essonne, les critères sont précisément listés et font référence à des critères médico-sociaux qui peuvent être liés à la mère : mère isolée sans profession, absence du père, mère de moins de vingt ans, sans profession pour les deux parents, grossesse mal suivie, antécédents familiaux (fausses couches, enfants décédés). Ils peuvent aussi être liés à l'enfant : naissances multiples, naissance à domicile, poids inférieur à 1500 grammes, terme inférieur à 35 semaines, réanimation, transferts, pathologies et anomalies congénitales.

Ces VAD, réalisées principalement par des puéricultrices, permettent de délivrer des conseils et un soutien ancrés dans la vie quotidienne, particulièrement utiles pour des femmes peu socialisées, en difficulté psychologique, désespérées par la présence d'un enfant, ou particulièrement isolées tant dans des quartiers très peuplés que dans certains territoires ruraux comme ceux que la mission a vus dans le Calvados ou l'Hérault. Leur objectif est aussi de favoriser le lien mère/enfant et de prévenir la maltraitance. Autant, en prénatal, des substitutions à la PMI sont possibles grâce aux sages-femmes ou à l'hospitalisation à domicile, autant en infantile, le dispositif libéral ou hospitalier a plus de difficultés pour assurer le suivi à domicile. Même en cas de maladie, il est parfois difficile d'obtenir des visites à domicile de la part des pédiatres. Il faut, à cet égard, déplorer que les centres maternels, qui ne sont pas considérés comme des domiciles, ne bénéficient pas de VAD.

³⁵ En Essonne a été organisé en 2005 un réseau de suivi des enfants prématurés : service de néonatalogie, pédiatres pilotes libéraux et bientôt PMI.

- les actions collectives :

Elles ont des objets divers. Il peut s'agir d'actions d'éducation à la santé (nutrition, rythme de vie, prévention des accidents domestiques...), de groupes de paroles où les parents (y compris migrants), avec des systèmes de garde organisés pendant les réunions pour les enfants, peuvent échanger sur leurs expériences et leurs difficultés, mais aussi de la présence de la PMI dans des lieux qui facilitent la socialisation et développent les compétences des enfants (lieux d'accueil parents-enfants, classes passerelles, maisons de l'enfance etc...) avant l'école maternelle. Dans certains quartiers, la PMI contribue à l'organisation des lieux de vie (par exemple relais parents près de Montpellier pour accueillir des familles en urgence lorsque par exemple la mère seule est hospitalisée).

Elles permettent aussi d'intervenir sur les problèmes de parentalité et de violences. En effet, de nombreuses études et travaux³⁶ ont montré les difficultés que rencontrent de nombreux parents dans l'éducation de leurs enfants. Dans une large mesure elles semblent avoir pour origine les évolutions de la famille : rétrécissement de sa taille, monoparentalité, expérience de plus en plus limitée de fratries chez les parents, absence ou éloignement des grands-parents, absence de transmission de savoir-faire de génération en génération, handicap psychique ou mental d'un parent. De plus en plus se manifestent, pas seulement chez les femmes migrantes ou en situation de précarité, des troubles du lien, trop fusionnel ou trop relâché, et des problèmes de communication parents/enfants. Les professionnels rencontrés par la mission ont insisté sur les phénomènes de violence très lourds qui se font jour non seulement à l'intérieur des familles mais aussi entre jeunes et entre garçons et filles.

La fréquentation des centres de protection infantile est en général le fait de populations précaires ou à faibles revenus, mais ces situations sont contrastées. La part des enfants pris en charge par la PMI varie de 10% à 80% suivant les zones géographiques, et les caractéristiques socio-économiques des parents. Mais l'enquête menée à Paris sur la fréquentation des centres de protection infantile montre à la fois, une fréquentation accrue par les populations défavorisées et par les classes moyennes, attirées par l'approche globale de la PMI, et qui sollicitent beaucoup la PMI en conseils, suivi préventif et parfois en demande de soins curatifs ; dans ce cas, cette situation pourrait s'expliquer aussi par la part des médecins de secteur 2.

1.3.3.2 Le suivi sanitaire des enfants de l'aide sociale à l'enfance (ASE)

La PMI est compétente (article L. 2112-2 du CSP) pour la prévention des mauvais traitements de l'enfant. Les professionnels de PMI sont particulièrement formés à l'observation de la mise en place du lien mère/enfant pendant la grossesse et à divers « clignotants », indicateurs de risques tels que la déclaration de grossesses tardives, la séparation à la naissance, les mères de moins de 20 ans.... Les puéricultrices procèdent, à domicile, seules ou avec une assistante sociale, au repérage et à l'évaluation des risques de maltraitance, au signalement des situations de maltraitance et à l'intervention en urgence (article L. 2112-6 du CSP).

³⁶ D. Houzel, les enjeux de la parentalité Erès 1999 ; A. Bouregba, les troubles de la parentalité, Dunod ; Rapport de l'IGAS, « l'évaluation du dispositif des REAAP, mars 2004 ».

Par ailleurs, il est prévu que les missions de l'ASE sont menées en lien avec la PMI (articles 221-1 et 226-1 du CASF). Ce suivi concerne tous les enfants mineurs. Il peut prendre plusieurs formes, selon que l'enfant fait l'objet d'une mesure éducative mais reste dans sa famille, ou qu'il fait l'objet d'un placement dans une famille d'accueil ou dans un établissement. Les services sociaux sont amenés à se préoccuper de l'accès à la prévention, de l'accès aux soins, de l'éducation à la santé, avec un objectif global de contribuer à restaurer l'équilibre global du jeune, et de sa famille lorsque c'est possible.

Force est de constater qu'il n'existe pas, dans les départements visités, d'outil statistique permettant de connaître l'état sanitaire de ces enfants confiés à l'ASE, même si ce suivi fait parfois l'objet d'études, comme l'étude menée dans le département de Maine et Loire³⁷ ou les études menées à Paris³⁸, montrant que ces enfants cumulent les handicaps sociaux, familiaux et affectifs des familles : difficultés éducatives liées pour partie à un faible niveau de scolarisation, conflits conjugaux graves, pathologies mentales, alcoolisation ou toxicomanies. L'accès aux dispositifs de PMI est souvent mis en défaut, pour des raisons multiples, qui tiennent soit à l'organisation des services décentralisés, soit aux familles. Les familles peuvent avoir une stratégie d'évitement, surtout si les travailleurs sociaux sont associés aux consultations de PMI ou aux bilans à l'école. S'y ajoutent les effets du nomadisme, de la précarité dans l'emploi ou le logement, la crainte de contrôle social, de la marginalisation ou de l'incompréhension par rapport aux structures sociales ou médico-sociales).

Les consultations de PMI, quant à elles, privilégient les familles et il est rare qu'une place spécifique soit faite aux enfants confiés par l'ASE. L'accès aux consultations des familles d'accueil peut être limité par la pression des files d'attente dans les consultations de PMI. Certains départements ont dû mettre en place des structures complémentaires, à partir de maisons de la solidarité du département, ou au sein du service de l'ASE, pour créer des partenariats avec des structures spécialisées³⁹.

Les établissements accueillant les enfants confiés à l'ASE comme les pouponnières ou les foyers de l'enfance, ou les centres maternels avec des enfants pouvant éventuellement faire l'objet d'un placement, sont peu médicalisés, surtout depuis la décentralisation. La PMI intervient peu, et le palliatif requis est celui des médecins de ville. Or les médecins libéraux ne sont pas souvent formés à ces problématiques et disposent de temps de consultations moins extensifs que celui des consultations de PMI. Dans certains départements, la PMI s'est désengagée des centres maternels laissant les femmes, plus ou moins accompagnées par les travailleurs sociaux⁴⁰.

³⁷ « Rapport d'enquête sur l'étude épidémiologique réalisée auprès des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance et de leurs parents dans le département du Maine et Loire – janvier 2006 ». Ce rapport est à cet égard un document de référence à diffuser.

³⁸ Louis de Brossia, rapport sur « l'amélioration de la prise en charge des mineurs protégés, rapport pour le ministre de la famille et de l'enfance », juillet 2005. Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Ile de France, « enfants et adolescents confiés à l'ASE et à la PJJ », colloque du 12 janvier 2006

³⁸ Département de Paris, « étude sur l'état général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris, contribution à l'analyse des relations entre l'état général actuel des enfants, les évolutions intervenues et leur parcours antérieur dans le dispositif de protection de l'enfance, et état de santé physique et psychologique, vie relationnelle, comportements et conduites à risque, vie sociale et loisirs, scolarité », juillet 2003

³⁹ Consultations pour adolescents comme « espace santé jeunes » à l'hôpital de l'Hôtel Dieu de Paris

⁴⁰ « Troubles psychiques en centre maternel », mémoire de recherche de l'établissement public de santé Maison Blanche, 2006. Cette étude indique que la fréquence des troubles psychiques de la population accueillie est quatre fois plus élevée que dans la population générale

Là où la PMI intervient, elle agit de manière contrastée. Selon les départements et les situations individuelles de ces enfants, les modalités de suivi sanitaire sont variables. Lors du déclenchement d'une mesure de placement, une évaluation des besoins de santé de l'enfant ou de l'adolescent est inégalement effectuée par les départements, alors que les réticences ou difficultés des parents à s'exprimer sur la santé de l'enfant, la perte du carnet de santé, ou le cas des mineurs étrangers isolés rendent difficile le suivi sanitaire de ces jeunes. Ce suivi est organisé différemment suivant les sites, avec bilan systématique ou non à l'entrée dans le dispositif, suivi direct par les médecins de PMI ou par les médecins de ville où les médecins d'établissements.

L'important est qu'un suivi sanitaire de chaque enfant soit assuré, avec un dossier à jour et que les services ASE/PMI se coordonnent avec des systèmes d'informations communs et des réunions régulières. Ainsi, dans le Calvados, tous les enfants confiés à l'ASE bénéficient d'une visite médicale par le médecin de circonscription au moment du placement (ou dans les 3 mois suivant l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil) et au moins une fois par an. En 2004, près de 1000 enfants ont été examinés dans ce cadre. Dans le département de l'Essonne, un suivi médical de prévention spécifique a été décidé en 2002, sur la base d'un protocole rédigé par la direction de la PMI pour les enfants nouvellement confiés à une assistante familiale depuis la mise en œuvre du programme (dans le centre de PMI pour les moins de 7 ans, bilan annuel pour les enfants de 7 à 10 ans, entretien confidentiel avec une infirmière de la PMI pour les plus de 10 ans). A Paris, la cellule santé de l'ASE tente de pallier le cloisonnement réel entre les services ASE et PMI en instaurant un suivi sanitaire de ces enfants et en développant des partenariats.

Lorsque le service de PMI travaille de conserve avec le service de l'ASE, un référent médical de la PMI voit les enfants pour une visite annuelle, et lors de l'examen annuel de la situation de chaque enfant confié par les professionnels de l'ASE, le référent vérifie en général l'existence du suivi. Pour les enfants placés en établissement, la PMI est peu présente. Le référent doit s'assurer qu'une prise en charge sanitaire est organisée au sein de ces établissements. Certains foyers départementaux soit disposent de temps médical propre (avec parfois une infirmière), soit passent des conventions avec un médecin. Les structures associatives fonctionnent souvent plutôt avec les médecins libéraux du quartier.

1.3.3.3 Le champ du handicap

Les textes et les pratiques inscrivent le handicap dans l'activité du service : attention portée dans les consultations et les VAD aux enfants atteints de déficiences (ils peuvent être connus du service par les certificats de santé), articulation naturelle avec les centres d'action médico sociale précoce (CAMSP), soutien à l'intégration des enfants dans toutes les structures collectives de la petite enfance, bilans de santé à l'école. Les quatre centres de néonatalogie de Paris ont ainsi constitué des plates formes avec la PMI et les CAMSP pour suivre ces nouveau-nés et leur famille. Lorsque les enfants handicapés viennent, comme dans le département du Calvados, en consultation de PMI, ils coexistent dans les salles d'attente avec les autres enfants, cette mixité contribuant à leur non-stigmatisation et à leur intégration permet d'apprendre à toutes les familles présentes en salle d'attente la tolérance à la différence. Lorsque la santé scolaire relève, comme à Paris, du département, la question de la scolarisation des enfants handicapés se gère en liaison avec la PMI, notamment pour la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005. Cependant, la mission n'a pas vu, à ce stade, comment les services de PMI étaient associés au travail des maisons du handicap créées par la loi de 2005.

1.3.3.4 Les bilans de santé à l'école maternelle

La loi ne prévoit explicitement que des « actions » dans les écoles maternelles (article L. 2112-2 et 5 du CSP) et d'enfants suivis à l'école maternelle (article. 2112-5), et pas des bilans. Il s'agit d'une mission que seule, dans le dispositif sanitaire, la PMI (et la santé scolaire lorsqu'elle est gérée par le département, comme à Paris) conduit, soit en direct avec ses personnels, soit en recrutant des vacataires ad hoc. La liaison est faite avec le service de santé scolaire qui prend le relais. En moyenne, ces examens ne sont réalisés qu'à 60% .

La question de la pratique systématique des bilans ou dépistages est objet de débat au sein des professionnels de la santé publique. D'après, notamment, les propositions de la HAS, les bilans ne sont considérés comme efficaces et utiles que s'ils sont orientés par des objectifs ou des signes d'appel clairs et s'ils portent sur des problèmes dont la prévalence est significative (ex. troubles de la vision, de l'audition, des troubles du langage)⁴¹. La HAS recommande une stratégie de dépistage systématique des troubles du langage et, face à la prévalence croissante de l'obésité, un dépistage est recommandé tous les ans. En revanche, les troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) feront l'objet de dépistage mais sur signes d'appel. Le saturnisme doit être détecté mais sur la base d'une analyse des facteurs de risque.

Par ailleurs la pertinence de ces bilans est à mettre en relation avec la catégorie sociale et le suivi médical des bénéficiaires. Bien souvent les bénéficiaires sont ceux qui en ont le moins besoin et ils sont examinés plusieurs fois ailleurs, alors que pour les enfants qui sont peu et mal suivis par ils pourraient jouer leur rôle de prévention de manière plus importante, à la condition que les troubles dépistés soient ensuite suivis et que les services de PMI, qui n'ont pas explicitement cette mission dans leurs compétences, s'en assurent. Les chiffres concernant ce suivi sont variés entre 30 et 60 %, et sont dus surtout à leur proximité avec un nombre non négligeable de familles dont ils connaissent parfois l'histoire et le contexte de vie.

L'efficacité des bilans de santé à l'école maternelle dépend aussi des méthodes adoptées et de la formation du personnel qui les met en œuvre⁴².

La mission a pu constater la très grande efficacité de ces bilans lorsque les services de PMI se sont donnés les moyens d'effectuer des bilans de manière partenariale, en particulier avec l'Education nationale qui assure le bilan des 5-6ans, de développer un savoir faire et des méthodologies particulières ainsi que, de mettre en œuvre les conditions d'un suivi médical des troubles dépistés. C'est par exemple le cas dans deux des départements audités par la mission, l'Hérault et la Meurthe-et-Moselle⁴³.

⁴¹ HAS, « le dépistage individuel chez l'enfant de vingt huit jours à six ans », 2005

⁴² L'exemple du dépistage des troubles du langage montre l'importance de se doter des méthodes adaptées : "les médecins n'ont pas toujours la possibilité de recevoir la formation nécessaire, les outils utilisés ne sont pas toujours valides ou si frustrés qu'ils n'aboutissent qu'à une prescription d'orthophonie pas toujours bien adaptée aux troubles spécifiques de l'enfant. En revanche les enseignants sont de bons détecteurs des troubles du langage. L'enjeu est dès lors de faire collaborer enseignants, médecin", personnels des services de santé scolaire, réseau d'aide ou de soins". Rapport annuel de IGAS, « santé, pour une politique de prévention durable », 2003

⁴³ Ainsi en Meurthe et Moselle où fut mis au point le test du ERTL 4 du dépistage des troubles du langage désormais généralisé. les pourcentages de dépistages premiers par la PMI ont été en 2005 de 12,4% pour les troubles visuels, 3,7% pour les troubles auditifs, 16,6% pour les troubles du langage, de 10% pour les troubles psychomoteurs (dont 1,6% sont importants). En Hérault la PMI, après une période de dépistages systématiques à 100% a mis en place des niveaux de filtrage :

- un bilan sensoriel systématique assuré, de fait, à 90 % sur tout le département.
- un bilan des troubles du comportement et du langage sur la base d'un repérage par l'enseignant.

1.3.4 L'agrément et le suivi des assistants maternels

Les conseils généraux accordent dans les schémas départementaux une haute priorité au développement des modes de garde. La mission a choisi de s'intéresser, au sein de la mission générale de la PMI de surveillance des modes d'accueil des enfants, à son rôle vis-à-vis des assistants maternels⁴⁴, en raison de la place importante que leur "surveillance" tient dans la charge de travail du service. En 2005 le nombre d'assistants maternels employés par des particuliers atteignaient 263 800 en France métropolitaine alors qu'en 1990 il n'était que de 70.000. Au niveau national, c'est donc une multiplication par 3,7 en 15 ans⁴⁵. Environ 750.000 enfants de moins de 6 ans relèvent de ce mode de garde.

Cette mission est récente : elle n'a été créée et rattachée à la PMI qu'en 1992 pour ce qui concerne l'agrément et la formation et en 1995 pour le suivi⁴⁶. Les délais d'instruction de l'agrément sont fixés par les textes (4 mois et bientôt 2 mois), faute de quoi le régime de l'accord tacite s'applique, ce qui crée une contrainte majeure pour les services. Les critères de l'agrément ont trait à la maîtrise du français, aux conditions de l'accueil (logement, hygiène) et aux aptitudes éducatives : les modes de garde sont largement démedicalisés.

L'agrément mobilise un temps de travail administratif considérable (traitement des dossiers, passage en commission) et un investissement important du personnel technique, en général exclusivement les puéricultrices⁴⁷ (une ou 2 visites à domicile et la rédaction d'un rapport - soit 5 à 6 heures de travail-). L'Essonne a mesuré en 2003 le temps de travail de puéricultrice requis au titre de la mission relative aux assistants maternels : 21% de leur temps de travail. Ce temps n'a cessé d'augmenter et représentent 33% des visites à domicile.

La formation des assistants maternels, obligatoire, relève également de la PMI. Elle est passée en 2005 de 60 à 120 heures. Généralement déléguée (GRETA...), elle mobilise dans l'ensemble des temps limités de puéricultrice pour l'organisation et l'encadrement des formations.

Le suivi annuel des assistants maternels agréés qui exige à chaque fois une visite sur place est susceptible d'alourdir fortement la charge de travail des puéricultrices dans certaines circonscriptions et de transformer certaines autres missions en variables d'ajustement (permanences, VAD, consultations). En Essonne, l'effectif supplémentaire nécessaire a été évalué à 15 ETP, soit une croissance de 12% de l'effectif. En Meurthe et Moselle, une étude interne au service de PMI a permis d'évaluer qu'il faudrait dix professionnels supplémentaires (en ETP) pour effectuer le suivi annuel systématique des assistants maternels.

La question de la valeur ajoutée de la PMI en ces domaines est posée :

- dans quelle mesure la relation assistants maternels/parents - employeurs devrait-elle être davantage l'objet d'une politique publique que celle d'autres services à domicile ? Quelles

un troisième niveau de bilan de santé complet d'une durée d'une heure sur signe d'appel, avec les parents. Ce dépistage ne touche que 14 % de la classe d'âge mais il permet de détecter un pourcentage considérable de troubles du comportement, du langage et des troubles moteurs non encore dépistés (en moyenne 50 %).

⁴⁴ On ne traitera pas ici des assistantes familiales qui accueillent les enfants de l'ASE et pour lesquelles les garanties et les contrôles doivent être particulièrement rigoureux.

⁴⁵ « Les assistantes maternelles : une profession en développement » - Etudes et résultats de la DRESS – n°232 avril 2003.

⁴⁶Loi du 12 juillet 1992 codifiée en L 2111-2 du CSP et R 421-1 du CASF et loi du 27 juin 2005 codifiée au L 421-17-1 du CASF. Décret du 20 avril 2006.

⁴⁷A Paris les évaluations mobilisent à la fois assistantes sociales, médecins et psychologues

garanties l'administration est-elle sensée donner aux familles ? Faut-il, en plus de l'agrément et de la formation assurer un suivi annuel des pratiques professionnelles ? En quoi consiste ce suivi ? Peut-il être efficace ?

- ces tâches d'ampleur croissante et de plus en plus démedicalisées n'empiètent-elles pas de façon excessive sur le cœur de métier de la PMI et notamment sur celui des puéricultrices ? Est-il est raisonnable d'instituer un suivi régulier des assistants maternels par la PMI, institution dédiée au suivi de la population et non pas de professionnels ? La PMI, est-elle vraiment en situation d'être en première ligne, alors que les CAF et les municipalités peuvent également jouer un rôle (relais assistantes maternelles - RAM)?
- les puéricultrices, sont-elles les mieux placées pour agréer et suivre les assistants maternels ? En effet, les critères de l'agrément sont essentiellement : la sécurité, l'épanouissement, la capacité éducative, la maîtrise du français oral et la santé. Seule la santé de l'enfant relève en propre des puéricultrices, sachant que, même dans cette sphère, les conseils sanitaires, au titre de la petite enfance, ne sont pas le monopole des professions médicales, comme l'éducation pour la santé en général. D'autres professions sont compétentes pour intervenir et sont par endroits mobilisés par les services de PMI : assistants sociaux, éducateurs de jeunes enfants, anciens assistants maternels, ou tout autre professionnel dûment formé.

2. Mais un dispositif disparate qui connaît des difficultés de positionnement et de pilotage

2.1 Des disparités dans l'activité qui ne semblent pas corrélées à des indicateurs de santé

2.1.1 Des disparités considérables entre les départements

Les disparités en activité et en moyens rapportés à la population concernée sont structurelles :

- les besoins ne sont pas les mêmes, que ce soit entre les départements ou à l'intérieur des départements
- de grandes différences ont toujours existé entre les territoires depuis 1945⁴⁸
- la décentralisation a à la fois entériné et accentué cet état de fait
- il existe à l'intérieur même des départements des disparités très importantes

Les données recueillies par la DREES figurent en annexe 9.

- Pour les consultations prénatales : la norme, pour 100.000 habitants âgés de 15 à 50 ans⁴⁹ résidant dans le département, d'au moins 4 demi-journées de consultations prénatales (R. 2112-5 du CSP) est respectée au niveau national à hauteur de 65 %. L'écart va de 0 à 12 451 séances en Seine Saint Denis. 48 départements n'en assurent plus aucune. 10 départements les dépassent très largement.
- Pour les sages-femmes, le respect des normes (1 sage-femme pour 1500 naissances domiciliées) est assuré en moyenne à 148 %. 22 départements se situent en dessous- de la norme. L'écart maximum en France métropolitaine se situe de 0,2 (Haute-Garonne) à 4,1 (Nièvre) soit une fourchette de 1 à 20.
- L'activité de consultation infantile. La norme est d'une demi-journée de consultation par semaine pour 200 enfants nés vivants en 2004 (l'article R 2112-6 du CSP). Elle est respectée en moyenne au niveau national à 108 %. 47 départements sont en dessous de la norme minimale. Mais 5 départements se situent entre 4 et 8 fois la norme minimale : Paris, Val de Marne, Hauts de Seine, Seine Saint Denis, Essonne. Les écarts maxima vont de 1 à 10.

⁴⁸ Suivant les tableaux présentés par la DREES, l'écart en 1991, avant que la décentralisation de la PMI ne fût devenue effective, était du même ordre (0,3 Haute Loire versus 1,6 Val de Marne, Indre, Loire Atlantique ...) soit 533 %

⁴⁹ Les calculs effectués par la DRESS sont rapportés aux « femmes âgées de 15 à 50 ans » alors que le texte réglementaire fait référence au nombre de demi-journées de consultations pour 100.000 « habitants âgés de 15 à 50 ans ». La mission estime, dans ce rapport, que c'est cette dernière base (femmes et hommes) qui doit être prise en compte. Les activités de planification, de pré-nuptial et de suivi de grossesse (examen du père) concernent aussi des hommes.

- Les normes de personnel pour la protection infantile : une puéricultrice (en ETP) ou son équivalent pour 250 enfants nés vivants (R 2112-7)⁵⁰. La norme, concernant les seules puéricultrices est respectée en moyenne au plan national à 156%. Mais 22 départements se situent en dessous des normes minimales. 74 départements se positionnant au-dessus (57) ou très au-dessus (17) des minima. Les écarts entre départements se situent à une fourchette de 5,5 : de 0,4 à 2,2.

2.1.2 Des différences non corrélées à la précarité ni à la densité médicale

La mission s'est efforcée d'observer ces disparités au regard de deux déterminants fondamentaux de la santé:

- le déterminant économique et social, pour lequel on retiendra l'indicateur du taux de bénéficiaires de l'allocation de parent isolé (API) comme témoignant d'une vulnérabilité particulière : cumul du risque d'isolement et de la pauvreté/précarité.

Les tableaux de la DREES en annexe 5 indiquent les taux de bénéficiaires par département et une cartographie permet de comparer la densité d'allocataires de l'API avec celle des consultations infantiles et du taux de puéricultrices. Mais la confrontation de ces données ne permet pas de tirer de corrélation nette :

-- concernant les consultations infantiles : il n'apparaît pas nettement que les départements qui comptent un pourcentage élevé de bénéficiaires de l'API aient un niveau élevé de consultations infantiles

-- concernant les puéricultrices : le rapprochement entre départements à fort taux de puéricultrices et départements à fort pourcentage de bénéficiaires de l'API ne montre pas de corrélation. Certains départements comme ceux du massif central ont un taux de puéricultrices plus élevé que la moyenne alors que leur part d'API est inférieure à la moyenne.

- les dispositifs de soins (ils rendent compte à raison de 20% maximum de la santé d'une population). On retiendra ici l'indicateur de la densité de médecins libéraux car il s'agit du dispositif le plus accessible aux familles après la PMI. Les cartes qui figurent en annexe 5 montrent que :
- aucun département ne présente une très forte densité de médecins (de 121 à 177 médecins pour 100 000 habitants) parmi les 17 départements les plus pourvus en puéricultrices, à l'exception de la Charente Maritime
- en revanche, les départements du Centre élargi vers l'Est où la densité médicale est faible connaissent aussi pour partie une pénurie de puéricultrices qui les situent au dessous des normes.

La corrélation inverse entre l'activité infantile et singulièrement le taux de puéricultrices, et d'autre part, la densité médicale existe mais n'est pas rigoureuse. Il peut y avoir dans certains départements des cumuls et non des compensations de pénuries.

En conclusion, il existe des disparités considérables entre les départements. Elles renvoient à des contextes différents et à des déterminants multiples et intriqués qui ne les conditionnent que partiellement. Ainsi, le déterminant majeur pourrait-il être le potentiel fiscal, un indicateur de la richesse du département. L'histoire et la culture de chaque

⁵⁰A noter que la cartographie ci-jointe ne prend en compte que les puéricultrices stricto sensu, alors qu'une partie des infirmières sont des équivalent puéricultrices

collectivité jouent également un grand rôle, comme cela se manifeste dans les départements de la région parisienne.

Au total, on est en droit de se demander, en s'appuyant sur le critère le plus significatif de l'activité de la PMI, c'est-à-dire le taux de puéricultrices, si des écarts par enfant allant de 0,4 (Oise) à 2,2 (Aveyron) en France métropolitaine soit un différentiel de 550 % sont admissibles en termes d'accès à un service "public" de santé, quel que soit par ailleurs le contexte social ou l'offre de soins.

2.2 Un positionnement complexe

La PMI est dans notre pays la seule activité sanitaire décentralisée. Il en résulte un positionnement complexe :

2.2.1 *Au sein des services départementaux.*

Par exception au principe de la libre administration des collectivités locales, des normes concernant l'organisation des services ont été définies par la loi : l'article L. 2112-1 du CSP prévoit ainsi que le service départemental de PMI est placé obligatoirement sous la responsabilité d'un médecin et comprend des personnels dont la qualification est fixée par voie réglementaire.

Ces dispositions visaient à maintenir une forme de spécialisation voire d'autonomie par rapport aux autres services du département. Mais ce schéma a été battu en brèche par l'évolution générale des services des départements vers une organisation territoriale généraliste plus proche de l'usager. Au sein des unités territoriales (agences, maisons départementales...), soit les équipes qui interviennent en PMI sont organisées de manière spécifique (cas de l'Essonne), soit elles sont intégrées aux équipes en charge du service social et de l'ASE. Dans le premier cas, le médecin de PMI a une autorité hiérarchique sur tous les personnels, dans le second cas, il assure une activité de référent technique et d'animation pour les services opérationnels fonctionnant dans les unités territoriales sous la responsabilité d'un professionnel administratif ou social. Selon les données de l'ODAS⁵¹, plus de la moitié des départements place les personnels de PMI sous l'autorité fonctionnelle de responsables territoriaux, même si un traitement particulier est réservé aux médecins qui, dans 80 % des cas, restent sous l'autorité hiérarchique du médecin coordonnateur.

Ces évolutions ont donné naissance à des recours contentieux de la part des personnels à fin d'annulation - jusqu'ici toujours obtenue y compris au niveau du Conseil d'Etat- des décisions les présidents de conseils généraux qui ont déconcentré les services de PMI dans les unités territoriales conduisant à les placer sous l'autorité de responsables non-médecins.

De fait, sur le terrain des solutions pragmatiques ont émergé et la tension structurelle du service de PMI entre son rattachement à la sphère sanitaire et son insertion dans l'action sociale du département n'est pas un obstacle à un fonctionnement quotidien efficace.

Mais la prééminence de la mission sociale des départements ne cesse de s'affirmer avec la montée en puissance de leurs nouvelles compétences depuis la loi de décentralisation du 13 août 2004 et la loi du 11 février 2005 sur les personnes handicapées. Ces nouvelles attributions, dont les conséquences budgétaires sont lourdes, marginalisent quelque peu la

⁵¹ lettre de l'ODAS de février 2006 : «l'acte de de la décentralisation en matière de soutien à l'enfance et à la famille » et de février 2005 : «organisation et territoires d'action sociale départementale : une cohérence renforcée ».

PMI dans les préoccupations des conseils généraux. Elles renforcent le risque de dilution de la PMI dans le service social avec, pour effet, l'utilisation de ses ressources pour traiter des questions d'urgence sociale, au risque de négliger la prévention médico sociale en direction des femmes enceintes et des jeunes enfants.

2.2.2 Au sein du dispositif sanitaire

La PMI doit sans cesse composer avec des évolutions majeures par rapport auxquelles elle doit se positionner en complémentarité, mais ni en concurrent ni en substitut. Concernant la médecine libérale, depuis la décentralisation, la démographie médicale s'est globalement renforcée (entre 1990 et 2003 : + 46% pour les 15 684 sages-femmes libérales, + 15% pour les 5182 gynécologues) avec une accessibilité accrue grâce à la CMU et aux possibilités de tiers payant en libéral. A l'inverse, la PMI doit faire face dans certains secteurs à des pénuries de gynécologues, ou de pédiatres en ville, pour le suivi des prématurés par exemple. Dans certaines parties du territoire, par exemple le Nord de la Meurthe-et-Moselle, ou dans certains cantons du Calvados, l'évolution de la démographie médicale en terme de présence de médecins généralistes, pourrait même devenir à moyen terme un enjeu crucial pour la PMI .

Le paysage hospitalier a modifié la place de la PMI : allègement de ses tâches du fait du suivi croissant des grossesses par les maternités et de l'ouverture ici, ou là, de consultations PASS (permanences d'accès aux soins de santé de la loi du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions) qui permettent des ouvertures de droits, complémentarité grâce aux liaisons mises en place dans les maternités pour le déclenchement de VAD. Les fermetures de maternités (1035 maternités en 1985 versus 635 en 2002) exercent une pression sur la PMI en rendant plus difficile l'inscription des femmes en maternité et en compliquant leur suivi en zone rurale. Lorsqu'il n'existe pas d'autre solution que l'orientation vers des maternités privées, la question de l'accessibilité peut devenir délicate et la PMI a dû faire appel, par endroits aux allocations mensuelles de l'ASE. En raison du raccourcissement des séjours à la maternité, la PMI est de plus en plus sollicitée pour intervenir quasiment en hospitalisation à domicile auprès de femmes qui ont besoin d'être d'autant plus soutenues qu'elles n'ont pu faire à l'hôpital un apprentissage suffisant de l'allaitement ou de la puériculture. La PMI subit également la répercussion des délais de consultation dans les CMPP ou les CMP.

Malgré ces tensions auxquelles la PMI n'a pas pour rôle de remédier, la mission a constaté et relaté dans les rapports de site l'intensité du travail en réseau formel ou informel avec les médecins de ville et les maternités, y compris les maternités privées : présence physique de sages-femmes, puéricultrices ou psychologues dans les maternités, dans les staffs de parentalité, fiches de liaisons, protocoles communs, mise en place, en Hérault d'un dossier médical commun informatisé (de la grossesse à l'enfant de 28 jours) : réseau périnatal lorrain, réseaux franciliens, consultation conjointe PMI/ Psychiatrie dans l'Essonne, projet de réseau de suivi des prématurés avec l'hôpital d'Evry ou encore projet de maison médicale mixte PMI/libéraux dans un quartier défavorisé de l'Essonne, les Tarterets, complètement délaissé par les médecins. Quant aux liens avec les intersecteurs et secteurs de psychiatrie, ils sont très fréquents. En revanche, les liens avec les services de la médecine scolaire ont peu progressé.

Dans aucun endroit, à l'exception d'un département où des tensions ont entravé les consultations prénatales de PMI, la mission n'a pas constaté de difficultés concernant les relations de la médecine de ville avec la PMI. Toutefois, si les transmissions de dossiers sont globalement assurées grâce aux contacts interpersonnels entre les médecins qui interviennent sur un même territoire, l'absence, sauf exception⁵², de relations formalisées peuvent conduire à des redondances ou, plus grave, à des déficits de continuité dans la prise en charge d'enfants atteints de maladies chroniques ou de handicaps par exemple.

⁵² La Meurthe-et-Moselle a signé une convention avec l'inspection d'académie

2.2.3 Dans la politique de santé publique

Exerçant une responsabilité partagée avec l'Etat et l'assurance maladie, comme l'affirme d'entrée la loi, la PMI aurait dû être associée aux politiques publiques de son domaine d'intervention, ce qui n'a pas été le cas, sauf exception. En effet, une des conséquences de la décentralisation a été la rupture des liens entre l'administration centrale et les services de PMI. L'intervention dans ce secteur, antérieurement animé par la DGS a été morcelée entre de nombreux bureaux de la DGS, de la DHOS, de la DGAS et de la DREES. De ce fait, les échanges entre les interlocuteurs des services de PMI et de l'Etat au niveau national sont devenus rares, entravant toute vision globale et tout échange d'expérience et de bonnes pratiques. Par ailleurs, la représentation des départements au niveau national se fait à travers l'ADF et donc sur une base généraliste qui laisse peu de place au travail technique.

Cette situation a aussi débouché sur une difficulté à intégrer les préoccupations des responsables des services de la PMI dans l'élaboration des politiques publiques et aussi à les associer à leur mise en œuvre, notamment au niveau national dans le cadre de plans thématiques et au niveau régional dans le cadre des programmes régionaux de santé (PRS), et des schéma régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

Ces plans ou programmes ont fait peu de place à la PMI, à l'exception du plan 2005-2007 sur la périnatalité et de certains PRS⁵³ Le cas de la région Languedoc-Roussillon, où sous l'égide de la commission régionale de la naissance et dans le cadre du réseau " Naître en Languedoc-Roussillon", l'Etat, l'URCAM et les services de PMI ont engagé une démarche de progrès, pour la rédaction de protocoles de prise en charge obstétricale et pédiatrique ou l'institution de procédures permettant l'analyse des événements indésirables mais aussi une meilleure prise en charge des grossesses des personnes en situation de vulnérabilité montre l'intérêt potentiel d'une intégration de la PMI dans les politiques nationales

2.2.4 Par rapport à l'assurance-maladie

Lors de ses visites sur place, la mission a constaté que les relations avec l'assurance maladie étaient limitées à la seule mise en œuvre au niveau local de contributions financières qui d'ailleurs s'organisent de manière très différentes d'un département à l'autre.

2.2.4.1 Le cadre réglementaire⁵⁴

L'article L. 2112-7 du CSP prévoit que, pour les assurés sociaux, les frais afférents aux examens obligatoires de suivi prénuptial (1 examen), pré (7) et postnatal (1) et relatifs aux enfants âgés de 0 à 6 ans (20) sont remboursés au département par les organismes d'assurance maladie dont relèvent les intéressés selon le mode de tarification prévu pour les centres de santé (article L. 162-32 du CSS). Ces dispositions remplacent le dispositif mis en place après-guerre qui organisait une contribution forfaitaire mais le texte réglementaire prévoit que, sauf dénonciation, toutes les conventions signées avant la loi du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance, demeurent en vigueur.

Par ailleurs, il précise que « *les organismes d'assurance maladie peuvent également, par voie de convention, participer sur les fonds d'action sanitaire et sociale aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le département* » Ces actions de prévention peuvent s'appliquer aussi bien à des actions individuelles (vaccinations) qu'à des actions

⁵³ Par exemple dans la région Nord Pas de Calais voir le rapport annuel 2003 de l'IGAS « Santé, pour une politique de prévention durable » et le rapport annexé au précédent « La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents » Claire Trouvé, Patricia Vienne Bernard Marrot.

⁵⁴ Circulaire de la CNAMTS du 26/06/1990

collectives (brochures d'information et/ou de prévention ou campagne de vaccination de masse....).

Pour ce qui concerne les actes en lien avec la planification familiale et le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), l'article L. 2311-5 du CSP prévoit que les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle (s'ils sont agréés pour cela). Le décret du 6 août 1992 fixe les modalités d'application du présent article et les articles R. 168-55 à R.158-58 du CSS⁵⁵ déterminent, pour les mineurs et les non assurés sociaux, les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage et à ce traitement sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie (analyses et examens de laboratoire ainsi que les frais pharmaceutiques).

2.2.4.2 *L'application du dispositif de remboursement*⁵⁶

Comme le montrent les rapports de site, l'application de ces textes a conduit à des modalités de financement très diverses. Ainsi par exemple :

Dans le département du Calvados, la convention signée avec la caisse primaire d'assurance maladie le 14 janvier 1988 est toujours en vigueur. Elle fixe les modalités de la participation de la CPAM sur la base de critères particuliers. Pour les actes médicaux de la protection maternelle et infantile, un forfait est calculé en tenant compte du nombre de déclarations de grossesse reçues par la caisse au cours de l'exercice considéré sur la base de 11 consultations de surveillance pré et postnatale (le nombre est fixé en accord entre les deux parties) de 50% de la consultation d'un omnipraticien retenue pour les soins externes dans le cadre de la dotation globale des établissements publics, au 1^{er} janvier de l'exercice considéré et enfin du taux de fréquentation de la PMI pour les assurés du régime général, évalué à 12%.

En matière d'analyses de biologie médicale pour la protection maternelle et infantile, le forfait est calculé en tenant compte des mêmes éléments⁵⁷. Pour les consultations et les analyses de la planification familiale, il est tenu compte de la participation de l'assurance maladie à hauteur de 80% pour déterminer la participation de la CPAM.

Chaque année, le département s'engage à transmettre les statistiques relatives aux actes effectués et la caisse s'engage au versement de sa participation. Pour 2004, les recettes apportées par l'assurance maladie s'élèvent à 220.000€ soit 8% du budget global de la PMI évalué à 2.5 M€

⁵⁵ Issu du décret du 30 août 2000 modifiant le décret du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale et modifiant le code de la sécurité sociale.

⁵⁶ La mission n'a pas analysé les négociations en cours et les impacts potentiels, notamment organisationnels et financiers, dérivant des choix locaux qui découlent de la re-centralisation des actions de santé telle que prévue dans la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, et notamment les charges liées aux vaccinations.

⁵⁷ A savoir :

- du nombre de déclaration de grossesse reçues par la caisse au cours de l'exercice considéré ;
- du nombre d'actes en B remboursés par bénéficiaire, au titre de la surveillance pré et post-natale (obtenu en divisant le nombre de coefficients B, BP et BM remboursés en maternité par la CPAM par le nombre de déclaration de grossesse) ;
- de 50% de la valeur du B retenue pour les soins externes dans le cadre de la dotation globale des établissements publics, au 1^{er} janvier de l'exercice considéré ;
- du taux de fréquentation de la PMI pour les assurés du régime général, évalué à 12%.

Dans le département de l'Hérault, alors que jusqu'en 2003, en application d'une convention de 1961, la CPAM participait aux dépenses de fonctionnement des centres de PMI par un versement annuel forfaitaire (calculé en multipliant un montant unitaire révisable par le nombre de bénéficiaires de la caisse), à compter du 1er janvier 2003⁽⁵⁸⁾ le conseil général et la CPAM ont conclu une nouvelle convention reposant sur un principe de versement à l'acte. Depuis 2004, les échanges entre la CPAM et le département se font en télétransmissions sécurisés selon des modalités analogues au secteur libéral. L'assurance maladie rembourse ainsi toutes les consultations de nourrissons, les bilans réalisés en écoles maternelles et les visites à domicile des sages-femmes ainsi que les vaccins du calendrier vaccinal obligatoire. Pour ce qui concerne les vaccins remboursables dans le cadre de la PMI, un protocole annexe en a organisé la prise en charge sur le principe de versements semestriels sur production par la PMI des justificatifs de dépenses. La participation de l'assurance maladie a atteint 500 000 € en 2005, soit 6% du budget total de la PMI s'évalué à 8 M €.

2.2.4.3 Une CNAMTS peu engagée

L'implication de la CNAMTS est extrêmement réduite. Il n'existe pas de suivi, ni technique, ni financier des relations entre la CNAM et la PMI.

Le compte PMI est globalisé avec d'autres prestations⁵⁹ sans possibilité de l'individualiser par extrapolation des données recueillies au niveau local. **La mission estime à un maximum de 60 millions € les sommes versées en 2004 à la PMI par les CPAM. Les dépenses nationales de PMI ont été évaluées à 700 M€**

Par ailleurs, il existe 64 conventions départements/CPAM et le montant total des vaccins remboursé est de 3 millions d'euros, mais les vaccins ne concernent pas uniquement la PMI. Enfin, les contributions facultatives des fonds d'action sanitaire et sociale des caisses s'élèvent à un montant total de 83 000 €, et cinq CPAM sont gestionnaires de centres de PMI.

Mais au-delà du suivi des relations entre les départements, les CPAM et aussi les URCAM, ont, sauf exception, peu associé les services de PMI à leurs interventions en terme de gestion du risque dans le domaine de la santé maternelle ou infantile. La gestion conventionnelle aussi a été coupée de toute prise en compte des activités mises en œuvre par les professionnels de la PMI comme le montre l'exemple de l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages femmes signé le 18 décembre 2002 ou plus récemment celui de l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins publié au Journal officiel du 30 mars 2006⁶⁰.

La CNAMTS s'est ainsi privée d'un relais important pour mettre en œuvre ses objectifs de prévention alors qu'elle contribue, via les CPAM, au fonctionnement des services de PMI.

2.3 Des difficultés dans le pilotage et l'animation des services.

Dans les départements visités par la mission ou qui ont fait l'objet d'un contrôle de l'IGAS, le pilotage des services de PMI se faisait de manière classique à travers des instructions transmises par la chaîne hiérarchique. Compte tenu de la nature des activités, l'autonomie des équipes opérationnelles était importante et dans certains cas, elle pouvait

⁵⁸ Sur la base de la loi du 18 décembre 1999 et de la circulaire CNAM d'application en date du 26 juin 1990.

⁵⁹ Comptes 656111168, 656112168 et 656121168: soins à l'étranger, frais d'expertise, dispensaires anti tuberculeux, antivénéériens, PMI, aide sociale, forfaits d'éducation thérapeutique..

⁶⁰ Ce texte qui traite notamment du forfait pédiatrique, de la majoration pour nourrissons, des facteurs de risque chez les femmes enceintes, de l'obésité chez les jeunes ne mentionne pas la PMI.

conduire à une forme d'hétérogénéité des pratiques au sein d'un même département. Pour limiter ces risques, des contacts fréquents étaient organisés entre les équipes des services centraux qui jouaient un rôle de référent technique et les structures territoriales. Toutefois spécialement dans deux domaines, l'ensemble des départements visités rencontraient et rencontrent encore des difficultés dans le management de services.

Dans de nombreux départements, des schémas directeurs avaient été définis mais sauf exceptions⁶¹ la place qu'ils faisaient à la PMI était limitée. De plus très souvent les orientations de moyen terme n'ont pas fait l'objet d'une déclinaison sous forme d'objectifs annuels pour les services. Mais des initiatives ont été prises dans plusieurs départements. Ainsi, en Meurthe-et-Moselle et dans l'Hérault, se développe un dialogue de gestion interne aux services centraux qui conduit à la fixation d'objectifs pour les équipes opérationnelles. Toutefois ceux-ci sont d'abord définis à partir de la mise en oeuvre d'actions de modernisation⁶² et le plus souvent ne sont donc pas exprimés en terme d'amélioration de la performance, c'est-à-dire d'impact sur la santé et le développement des personnes bénéficiaires, ou de niveaux recherchés en terme de qualité de service et encore moins d'efficience.

De plus, en l'absence d'une programmation pluriannuelle des crédits de la PMI, les procédures budgétaires ne permettent pas en règle générale d'orienter les ressources vers les priorités inscrites dans les schémas. Toutefois, dans certains cas, les départements ont été soucieux de redéployer les moyens de la PMI en fonction de leurs orientations stratégiques. Ainsi, les départements de l'Essonne et de Meurthe et Moselle ont mené à bien une restructuration du réseau et un redéploiement des ressources entre les circonscriptions territoriales.

2.3.1 Un fort déficit d'évaluation

Les responsables de la PMI ont rencontré des difficultés dans le management des services du fait d'un fort déficit d'évaluation et notamment pour les activités déléguées. Les conventions de délégation, aux associations ou aux services hospitaliers (actions collectives, planification familiale, voire protection maternelle comme à Paris) sont rarement revues, et les activités rarement évaluées.

Cette situation a différentes origines : la faiblesse des études notamment épidémiologiques, l'absence de systèmes d'information et en amont d'outils de comptabilité analytique mais aussi le relatif isolement des départements et le manque d'accompagnement de la part des instances nationales.

⁶¹ Comme par exemple le schéma directeur de la PMI du Calvados ou le plan stratégiques de la PMI à Paris

⁶² Par exemple les conventions de délégation pour les activités de planification familiale y ont été renégociées au cours du premier semestre 2006.

2.3.1.1 *Un développement trop limité des études épidémiologiques*

Ce point a été souligné supra, même s'il comporte des exceptions⁶³. La mission a rarement vu des études sur les bénéficiaires des services offerts par la PMI, leur motif de recours à la PMI et leur parcours de soins (et donc la manière dont ils rentrent en contact avec la PMI) comme cela a été engagé à Paris. Plus globalement il manque pour chaque bloc de missions un minimum d'indicateurs de performance construits à partir d'évaluations approfondies menées au niveau national ou inter-régional.

2.3.1.2 *La faiblesse des systèmes d'information*

Dans la plupart des services le suivi des activités, des coûts et des résultats n'est pas véritablement organisé : chaque professionnel produit ses données (dans un cadre souvent préétabli) et gère l'archivage de ses dossiers. L'utilisation de l'informatique et des réseaux est peu développée pour les échanges d'information entre professionnels, ce qui renvoie pour partie, mais pas entièrement, aux difficultés dans la gestion d'informations couvertes par le secret professionnel : les données administratives devraient pouvoir circuler entre tous les professionnels. De leur côté, les responsables produisent leurs propres données d'activité sans que la plupart du temps celles-ci ne soient utilisées pour le pilotage des services : ainsi les rapports annuels d'activité sont le plus souvent très succincts. Dans le cas des activités déléguées, par exemple en planification familiale, le suivi est particulièrement lacunaire.

Toutefois des initiatives ont été prises :

- La création de systèmes d'information modernes : par exemple dans l'Hérault pour les bilans de santé⁶⁴ et en Meurthe-et-Moselle à travers le projet de dossier informatisé
- une réflexion sur les charges de travail des professionnels et les répartitions de temps en fonction des différentes missions (ex : étude sur les médecins dans le Calvados – analyse de l'activité des puéricultrices dans les modes de garde dans l'Hérault, enquête triennale avec recueil d'activité systématique de tous les professionnels, pendant 15 jours⁶⁵ dans l'Essonne, description de leur activité en prénatal par les sages femmes elles-mêmes à Paris...)
- l'élaboration de tableaux de bord par catégorie de professionnels (médecins, puéricultrices, sages-femmes, infirmières...) comportant certains indicateurs reflétant l'activité par exemple à travers le suivi de l'activité des puéricultrices en Meurthe-et-Moselle ou la mise en place une nouvelle procédure de remontées statistiques avec accès à un serveur de partage de données et saisie mensuelle dans le Finistère

Mais l'absence de lisibilité sur les activités et les coûts tient aussi aux limites du système de gestion budgétaire. Faute d'outils de comptabilité analytique, même sommaires, il est difficile d'appréhender le coût complet des différentes activités de la PMI, et de déléguer une responsabilité globale des missions et des moyens à des équipes opérationnelles.

⁶³ Ainsi des études en Meurthe-et-Moselle sur les troubles du langage, dans le Maine-et-Loire une sur les enfants placés à l'aide sociale à l'enfance et de leurs parents, dans l' Hérault deux enquêtes à 5 ans d'intervalle sur la santé des enfants d'âge préscolaire, un observatoire social dans l'Essonne.

⁶⁴ 3 dossiers sont utilisés selon le niveau du bilan – cf. rapport de site [bilan B1 pour le dépistage sensoriel, bucco-dentaire, les mensurations et l'examen somatique - bilan B2 avec une fiche d'évaluation du comportement à remplir pour l'enseignant pour chaque enfant - bilan B3 relatif au mode de vie: milieu familial, scolarisation, rythme de vie].

⁶⁵ Le remplissage de tableaux récapitulant l'ensemble de l'activité journalière de chaque professionnel permet de comprendre comment se répartit leur activité entre les blocs d'activité et de suivre son évolution dans le temps. Est également analysée la décomposition entre activités en contact direct avec le public et le temps en réunion, liaisons téléphoniques, rédaction, secrétariat.

2.3.2 *Le manque d'accompagnement par les instances nationales*

Mais outre ces difficultés, la faiblesse des démarches d'évaluation sur les missions de PMI traduit aussi la difficulté à concevoir les outils nécessaires au niveau d'un seul département et font apparaître l'absence d'accompagnement de ces travaux par l'HAS ou l'INPES. En effet la mise au point des critères d'évaluation et de qualité suppose la mobilisation d'une expertise qui est difficilement accessible pour un département isolé.

2.3.3 *Des difficultés de recrutement et des problèmes de statut*

La mission a constaté les difficultés croissantes que rencontrent certains conseils généraux pour recruter des personnels de PMI et notamment des médecins, des puéricultrices et des conseillères conjugales. Dans une large mesure ces difficultés sont la conséquence d'un cadre statutaire mal adapté. S'agissant des médecins dans la quasi-totalité des départements visités par la mission, les services de PMI rencontraient des difficultés de recrutement à la fois sur les postes de titulaires, de contractuels et de vacataires. Elles se traduisaient par des vacances prolongées sur certains postes. Mais pour le moment les conséquences sont limitées car les départs en retraite ou en détachement sont encore faibles et donc peu de postes sont concernés.

Les causes de cette situation sont multiples. Pour les titulaires, il s'agit d'abord de la difficulté à rendre attractives les carrières de médecin territorial. Tout d'abord, les textes réglementaires conduisent les services de PMI à recruter des pédiatres. Mais cette spécialité est en difficulté sur le plan démographique à la fois en ville et à l'hôpital. Lorsque le recrutement de pédiatres est impossible, les services doivent donc solliciter des dérogations auprès du préfet pour le recrutement de généralistes. Mais, pour ceux ci aussi, des difficultés sont apparues et elles sont en partie liées au cadre statutaire.

Les médecins de PMI sont des médecins fonctionnaires territoriaux dont le statut, qui relève de la filière médico-sociale, a été défini par un décret du 28 août 1992. Ils sont recrutés par les départements après inscription sur une liste d'aptitude sont astreints à suivre une période de formation « initiale d'application » de trois mois. Les déroulements de carrière s'organisent en trois classes avec un échelonnement indiciaire qui va de l'indice 429 à la HEB. Les conditions de rémunération sont devenues moins favorables que celles des autres praticiens qu'ils soient libéraux, praticiens hospitaliers et même médecins du corps des médecins inspecteurs de santé publique (MISP) qui ont bénéficié, en 2000, d'une revalorisation statutaire. Pour les praticiens contractuels, la PMI rencontre aussi des difficultés, liées à la faiblesse des « viviers » et au niveau de rémunérations (particulièrement s'agissant du recrutement praticiens hospitaliers).

Pour les puéricultrices, la situation est moins délicate et surtout si on se projette dans l'avenir. En effet, les puéricultrices sont des infirmières spécialisées qui suivent une formation d'une année pour se spécialiser dans le domaine de la petite enfance et les effectifs d'infirmières en formation sont en augmentation. Enfin s'agissant des conseillères conjugales, la mission a confirmé un constat établi parallèlement par une mission de l'Igas⁶⁶, l'absence d'un statut permettant d'organiser les déroulements de carrière est incontestablement source de grandes difficultés dans la gestion de ces personnels.

⁶⁶ IGAS « le statut des conseillères conjugales » octobre 2006

3. Pour un recentrage, un repositionnement et un pilotage rénové

Les perspectives d'évolution de la PMI ont fait l'objet de nombreuses réflexions, notamment dans plusieurs rapports⁶⁷. Les débats sur la réforme de la protection de l'enfance organisés par le ministre délégué à la famille et aux solidarités ont fait émerger de nouvelles préoccupations. Le projet de loi réformant la protection de l'enfance en cours de discussion au parlement élargit le rôle de la PMI aux "mineurs en danger ou qui risquent de l'être", et surtout il accentue la vocation préventive de la PMI, en en faisant le pivot d'une politique nationale systématique dans quatre domaines : le bilan pour les enfants de 3 à 4 ans, l'entretien pour les femmes enceintes au quatrième mois et leur accompagnement, le suivi postnatal pour la mère et le père et le dépistage des troubles d'ordre "*physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage*".

Comme le montre le récent rapport de l'organisation mondiale de la santé (OMS)⁶⁸ la grossesse et la petite enfance constituent des moments clés pour la politique de santé publique, notamment pour la prévention précoce.

Or les déterminants de la santé sont multiples et intriqués : ils sont d'abord socio-économiques et culturels. Les experts internationaux s'accordent pour dire que ceux-ci expliquent pour plus de 60 %⁶⁹ l'état sanitaire d'un pays ou d'un groupe et que le facteur principal de risque sanitaire est en réalité l'inégalité sociale. Le système de soins et de prévention intervient pour une part estimée de 10 à 20%. A l'intérieur de ce système, la PMI n'est qu'un acteur parmi d'autres. Ainsi la PMI n'est-elle pas étrangère aux résultats obtenus en matière de lutte contre la mortalité et la morbidité des groupes qui la fréquentent. Mais inversement, ils ne peuvent lui être imputés que pour une faible part.

Dans un contexte de ressources limitées et d'une volonté de performance globale de la politique de prévention, la mission estime que les services de PMI doivent veiller de manière rigoureuse et efficiente à se centrer sur leur valeur ajoutée spécifique. Mais il importe aussi que l'activité de PMI, service décentralisé mais qui a des missions de santé publique soit davantage intégrée dans la politique nationale. Son périmètre devrait rester inchangé, contrairement aux suggestions de la défenseure des enfants : l'extension du champ de compétence aux plus de 6 ans ne paraît pas souhaitable en raison du risque de dispersion des moyens alors que les enfants plus grands ont moins besoin d'un suivi régulier et peuvent être pris en charge plus facilement par la médecine libérale. La question se pose au contraire de resserrer le périmètre autour des enfants plus petits car ce sont eux qui profitent à plein de l'approche PMI et qui d'ailleurs la fréquentent le plus. Deux raisons militent cependant en faveur du maintien de la limite à 6 ans : les bilans de santé à l'école maternelle constituent un moment clé important pour le repérage de troubles non encore dépistés et la PMI apporte ici sa connaissance des familles, sa qualité de proximité : elle peut conseiller les familles et les aider à donner des suites aux bilans de santé, alors que la médecine scolaire a des difficultés pour prendre en charge cette population, compte tenu de ses effectifs.

Mais le maintien des limites actuelles de compétence ne doit pas signifier l'abandon de la recherche d'une meilleure articulation entre la PMI et la médecine scolaire. La mission estime que les liens doivent être resserrés à travers la généralisation du type de démarche qui

⁶⁷ Défenseure des enfants, rapport 2004, M.T. Hermange, « périnatalité et protection des mineurs », 2005

⁶⁸ Rapport OMS sur la santé en Europe: « L'action de santé publique pour améliorer la santé des enfants et des populations » 2005

⁶⁹ Le reste renvoie aux facteurs biologiques et environnementaux et au système de santé.

a été mise en place en Meurthe-et-Moselle. Par ailleurs, la mission a constaté que le dispositif parisien qui confère au département à la fois la PMI et l'organisation de la médecine scolaire dans le premier degré est intéressant en terme de décloisonnement potentiel. C'est pourquoi elle est favorable à ce que les expériences de transfert au département de la médecine scolaire prévues par la loi de décentralisation de 2004 puissent être engagées.

3.1 Recentrer sur la valeur ajoutée spécifique de la PMI

3.1.1 Viser en priorité les populations précaires et les personnes vulnérables en s'appuyant sur les réseaux

Sans mettre en question la vocation généraliste d'un service qui doit rester ouvert à tous et n'a pas vocation à se transformer en « médecine des pauvres », la PMI doit rester orientée vers les populations socialement défavorisées (en situation de pauvreté, de précarité ou de difficulté d'accès à la médecine de ville) ou psychologiquement vulnérables (qui ne sont pas nécessairement précarisées) ou en situation de handicap, et pour ce faire, elle doit renforcer le ciblage de ses interventions. Une attention particulière doit être portée :

- aux implantations qui devraient être périodiquement révisées pour suivre les besoins
- aux liaisons avec les maternités qui méritent d'être systématisées
- aux liens avec les associations de quartier, les services sociaux et les services de l'ASE
- à des méthodes de sélection des interventions : définition de critères médicaux et sociaux à partir des déclarations de grossesse, des certificats de naissance ou du 8^{ème} jour à des indicateurs faisant intervenir des critères de pauvreté/de précarité et de vulnérabilité psycho-sociale : par exemple, nombre de bénéficiaires de RMI, d'API, âge des mères, maternités multiples ou rapprochées. Ces critères, qui sont déjà établis dans certains départements, pourraient utilement faire l'objet d'échanges de bonnes pratiques. **Dans une optique de la prévention précoce, la PMI devrait s'attacher à suivre encore plus qu'aujourd'hui les enfants de moins de deux ans.**

Enfin, la mission préconise le renforcement de la participation des services de PMI aux instances de pilotage et d'animation des réseaux.

3.1.2 Limiter l'engagement de la PMI par rapport au suivi des assistants maternels

Dans le souci de ramener les professionnels de la PMI sur leurs missions prioritaires correspondant à la réelle plus value de la PMI dans un contexte budgétaire contraint⁷⁰, la mission préconise de limiter le plus possible l'intervention sur les assistants maternels, soit en restreignant l'étendue de la mission qui est confiée à la PMI, soit en organisant différemment sa mise en œuvre. **On trouvera en annexe 12 la présentation des deux scénarios envisageables.**

- Le champ de la mission

L'intervention de la PMI (donc l'agrément et le suivi) est justifiée par le fait que les assistants maternels assurent l'accueil des enfants dans un lieu de vie différent de celui de leur famille, et que leur travail a une incidence sur l'éveil et le développement affectif et éducatif

⁷⁰ Le maintien de cette mission au sein de la PMI nécessiterait des ajustements d'effectifs importants – cf. supra en Meurthe et Moselle et dans l'Hérault

de l'enfant, ce qui s'apparente à un service public de l'enfance et nécessite donc un encadrement. La loi du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux⁷¹ vise à développer la professionnalisation des assistants maternels et la qualité du service rendu. Des référentiels nationaux en cours d'élaboration devraient en outre favoriser l'harmonisation des pratiques en matière de critères d'agrément et devraient permettre de préciser le rôle, les responsabilités et les engagements de l'assistant maternel.

La mission s'inscrit dans cette démarche et il lui paraît possible d'alléger les charges de la PMI en supprimant la procédure de suivi des pratiques, après l'agrément et la formation. Elle considère que ce sont les parents qui sont les employeurs et qu'au-delà de l'agrément initial, il faut développer leur responsabilisation en tant qu'employeurs, celle-ci étant facilitée par l'obligation récemment instituée du contrat de travail écrit. Par ailleurs, la multiplication des lieux d'échanges de pratiques professionnelles par la création de relais d'assistantes maternelles va conduire à développer le conseil et l'accompagnement. La régulation se fera aussi par le contrôle sur plainte ou signalement des parents, des proches ou de tout professionnel de l'enfance. (comme c'est déjà le cas).

➤ Le mode d'organisation des services de PMI

La mission a constaté que suivant les circonscriptions d'action territoriale, la charge est variable et que cette activité requiert des compétences diverses qui ne sont pas mobilisées par une profession unique. C'est pourquoi, il pourrait être envisagé d'étendre la pratique, déjà en cours dans certains départements de création au siège d'une équipe pluridisciplinaire (puéricultrices, mais aussi assistantes sociales, psychologues et secrétaires ayant une formation médico-sociale) qui prendrait en charge les missions concernant les assistants maternels.

3.1.3 Les préconisations par bloc de mission

3.1.3.1 Le secteur de la planification et de l'éducation sexuelle

La mission préconise :

- la révision régulière des implantations des centres pour valoriser ce qui constitue un aspect essentiel de la PMI, l'accessibilité et la gratuité : l'accessibilité commande d'adapter la localisation au taux de fréquentation, dans des lieux où l'anonymat est plus facile, de veiller à l'amplitude des heures d'ouverture, à des marges de manœuvre pour des consultations d'urgence hors rendez-vous. La gratuité renforce la nécessité d'implanter des centres dans des quartiers où existe une forte demande de jeunes et/ou de populations sans couverture sociale⁷².
- le développement des actions collectives, notamment auprès des femmes migrantes et la rationalisation des stratégies d'intervention dans les établissements scolaires, en croisant

⁷¹ des exigences renforcées pour les candidats : aptitudes éducatives, maîtrise de la langue française ; des critères mieux définis par le décret (disponibilité, capacité d'organisation et d'adaptation ; aptitude à la communication et au dialogue ; capacité d'observation et de prise en compte des besoins particuliers de chaque enfant et des attentes des parents ; connaissance du rôle et des responsabilités de l'assistant maternel identification des dangers et aménagements nécessaires ; des modalités d'examen des dossiers mieux précisées (formulaire exclusif, visite(s) et entretien(s) avec le candidat et le cas échéant les membres de sa famille.

⁷² L'implantation dans les pôles universitaire gagnerait à être renforcée

les problématiques émergentes (violence, machisme, pornographie...) avec les méthodologies adoptées par les intervenants. Les interventions dans les établissements scolaires du premier degré comme le prévoit la loi du 4 juillet 2001 permettraient d'accentuer la prévention des comportements de violence entre les sexes.

- l'unification du cadre juridique actuellement différencié entre CEPEF et EICCF (établissements d'information, de consultation ou de conseil familial) et l'intégration de ces deux catégories de structures dans un réseau unique de prévention dans la compétence des départements comme le propose le rapport de l'IGAS cité supra⁷³.
- par ailleurs, la loi du 4 juillet 2001 relative à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse a autorisé la pratique de l'IVG médicamenteuse hors des établissements de santé⁷⁴. En revanche rien ne semble prévu pour les CEPEF en l'état actuel de l'article R 2311 du code de la santé publique. Or, selon la dernière étude relative aux IVG en 2004⁷⁵ près de 42% des IVG sont réalisées par voie médicamenteuse. Certains CEPEF, en particulier ceux qui se trouvent à proximité d'un centre hospitalier, susceptible de signer le même type de convention que celle qui a été prévue pour les médecins de ville, se porteraient volontaires pour pouvoir offrir ce service complémentaire⁷⁶. La mission estime que le recours à cette modalité d'intervention entre dans les missions des CEPEF et permettrait de pallier en partie les difficultés d'accès à l'IVG chirurgicale.
- la révision régulière des conventions de délégation avec les associations et les établissements hospitaliers et la mise en œuvre d'une politique de contrôle et d'évaluation.
- la compétence de la délivrance de la contraception d'urgence, actuellement réservée aux médecins responsables des centres de planification pourrait être donnée à tout médecin de PMI ou aux sage femmes ayant suivi une formation spécifique.
- plus largement, il devrait être envisagé de moderniser l'appellation des "centres de planification ou d'éducation familiale" ainsi que celle de "conseillère conjugale" qui ne correspondent plus de manière adéquate au contexte actuel.

3.1.3.2 La protection maternelle

- afin de faciliter le travail de ciblage mentionné plus haut, il conviendrait de modifier l'article 10 du décret du 3 août 1962 afin que les extraits d'acte de naissance qui sont adressés par les services de l'état civil à la PMI mentionnent l'adresse des parents et non pas seulement le lieu de naissance ;
- le développement des actions collectives : préparation à la naissance et à l'allaitement, thèmes comme le tabac, ou l'alcool⁷⁷, le sommeil ou l'hygiène la prévention de l'obésité infantile. La thématique de la parentalité devrait se structurer le plus possible en projets partenariaux soutenus par des supports associatifs, les CAF et des cofinancements de la collectivité locale. Il s'agit ici d'actions conjointes avec la protection infantile et qui méritent un investissement fort de tous les professionnels de la famille ;
- un véritable engagement de la PMI dans l'entretien du 4^{ème} mois, outil important pour prévenir la pathologie de l'attachement mère/enfant et les troubles du développement

⁷³ Le rapport du (CSIS) de 2004 préconise le maintien des deux structures. La mission ne partage pas cette analyse.

⁷⁴ Les décrets d'application du 3 mai et 1^{er} juillet 2004, précisés par la circulaire du 26 novembre 2004 prévoient les modalités de mise en œuvre des IVG par la médecine de ville

⁷⁵ Etudes et résultats DREES, « les IVG en 2004 » septembre 2006

⁷⁶ L'intervention du ministre de la santé aux 50^{ème} anniversaire du MFPP va dans ce sens

⁷⁷ « préparation à la naissance et à la parentalité », recommandations de la HAS, novembre 2005

psychoaffectif des enfants. Cet entretien est inclus dans les recommandations professionnelles de la HAS en 2005⁷⁸. Lorsqu'il fait apparaître des éléments qui peuvent avoir un impact négatif sur le déroulement de la grossesse et donc sur le futur nouveau-né (alcool, tabac, dépression, stress, environnement social, pathologie médicale), l'entretien doit conduire à des recommandations, des conseils individualisés, à une orientation spécialisée ou à une surveillance particulière. Ce suivi est aussi important, si ce n'est plus que le repérage et/ou le dépistage qui, seuls, n'ont pas d'intérêt (voir plus loin).

Pour ce faire, la mission propose donc :

- d'informer systématiquement les femmes sur cet entretien, ce qui pourrait être fait par les réseaux de périnatalité.
- d'inscrire cet examen et l'organisation de ses suites dans les missions de la PMI en précisant qu'il doit être systématiquement proposé
- de faire figurer cette consultation qui doit être assurée par un professionnel de la naissance (sage-femme ou médecin) dans le cadre des examens obligatoires de suivi de grossesse prévu par le décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens prénuptiaux, pré et post natal.
- de mettre en place des formations de sages-femmes à cet examen, comme celle qui est en cours d'organisation dans l'Hérault et dans le Calvados.
- d'assurer le remboursement, par l'assurance maladie, de cet acte à la PMI, comme lorsqu'il est réalisé par des sages-femmes libérales et hospitalières, ce qui permettra de recruter le personnel nécessaire pour sa mise en oeuvre.
- de renforcer les réseaux de périnatalité dans le sens des orientations du cahier des charges national des réseaux périnatalité⁷⁹ c'est-à-dire d'une amélioration de la prise en charge psychosociale pendant la grossesse et du suivi des nouveau-nés en risque. L'organisation de procédures permettant d'informer les femmes enceintes sur les conditions dans lesquelles elles peuvent bénéficier de l'entretien du quatrième mois est une tâche prioritaire. La PMI pourrait apporter une contribution importante à l'efficacité du réseau pour le suivi des suites qui doivent être données aux entretiens.

3.1.3.3 La protection infantile

La PMI, qui assure une prise en charge globale et un suivi régulier de la santé des enfants, dans le cadre d'une couverture universelle peut, sans risque de stigmatisation ni de parcellisation de son action, intervenir davantage sur le champ de la prévention précoce et donc du dépistage. Mais, comme pour l'entretien du 4ème mois, l'efficacité de la prévention précoce dépend de la capacité à assurer un suivi de ces examens ". Le pire serait de repérer les enfants sans leur offrir autre chose qu'une place sur une liste d'attente".⁸⁰

La mise en œuvre de cette politique ne doit pas reposer sur la seule PMI. Mais concrètement, pour ce service, cela signifie :

- de flécher et d'organiser clairement ces consultations aux âges clés préconisés par l'HAS : 4 mois, 9 mois, 2 ans, 3 ans, 4 ans et éventuellement 6 ans si la visite obligatoire dont est chargée la médecine scolaire n'est pas effectuée,

⁷⁸ Rapport de la HAS "préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)" de novembre 2005

⁷⁹ circulaire N° DHOS-CNAMTS du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé de périnatalité

⁸⁰ Audition de N Maestracci dans le rapport de Mme Péresse sur le projet de loi réformant la protection de l'enfance. (rapport n°3256 Assemblée nationale)

- de généraliser les bilans des 3-4 ans, comme le prévoit le projet de loi sur la protection de l'enfance sous réserve des conditions de mise en œuvre soulignées supra,
- de former les professionnels à ces dépistages en mutualisant les bonnes pratiques à travers l'établissement de référentiels à définir entre les personnels des services de PMI qui sont sur le terrain et l'HAS,
- que la PMI puisse s'investir, comme le font déjà certains centres, dans l'accompagnement du suivi par les familles des troubles dépistés.

Il s'agit là d'une nouvelle mission, implicite jusqu'ici, mais qui devrait figurer dans la loi. A titre expérimental, dans un premier temps, la PMI aurait une mission d'animation de la relation entre l'ensemble des acteurs médicaux et para-médicaux qui interviennent lorsqu'un trouble est repéré lors d'une consultation de PMI, ou lors d'un bilan en école maternelle⁸¹ Pour faciliter l'accès au diagnostic ou en garantir la prise en charge, la PMI pourrait se voir reconnaître un droit de prescription limitée et qui, pourrait conduire à la rémunération des actes prescrits. Ce dispositif s'inspirerait la pratique qui été mise en place en Meurthe-et-Moselle pour les consultations d'orthophonie. Il fonctionnerait sur la base de conventions liant l'assurance maladie et la PMI et dans des conditions analogues à celles du dispositif de prise en charge de prestations dérogatoires des réseaux financés par la DDR, permettant le remboursement des actes aux familles. La mise en place de ce suivi devrait s'appuyer sur les nouveaux systèmes d'information en articulant l'informatisation du carnet de santé et le futur DMP (dossier médical personnel) à l'instar de ce qui est fait pour le dossier communiquant en cancérologie (DCC).

Cette orientation implique un temps de travail supplémentaire affecté à ce suivi et aux multiples relances et vérifications qu'il exige (recrutement éventuel de psychologues, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes) mais aussi une intensification de ses liens et ses réseaux avec les médecins de la ville, de l'hôpital, des CMP et des CMPP (mais aussi avec la médecine scolaire) pour que les bilans soient suivis d'une prise en charge par les spécialistes compétents : ophtalmologues, médecins ORL, neurologues, psychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, kinésithérapeutes, diététiciens, dentistes. Des réunions pluri-professionnelles doivent aussi être prévues pour les enfants les plus en difficulté, avec la participation des services sociaux.

➤ Les enfants en situation de handicap

Au niveau national⁸² le plan de périnatalité mentionne que "*les nouveau-nés en risque de développer un handicap ne bénéficient pas toujours d'un suivi et d'une prise en charge adaptée à long terme. Or, outre le soutien indispensable qu'elle constitue pour les parents, une action médico-sociale précoce peut permettre de limiter la survenue d'un handicap ou son aggravation*".

⁸¹ Cette proposition s'inscrit dans les orientations du Haut Conseil de l'Assurance Maladie dans son avis du 15 novembre 2004 sur le thème « Assurance maladie et prévention » : « Il paraît essentiel d'insérer l'intervention des professionnels libéraux - et par exemple la consultation périodique de prévention créée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique - dans une forme de mandat d'ensemble qui offrirait au praticien, outre sa rémunération spécifique, les éléments de formation, les protocoles et recommandations, techniques, et l'insertion dans un réseau pluridisciplinaire »

⁸² Le plan périnatalité 2005-2007 précise que 15.000 enfants naissent avec un handicap chaque année, dont 7.500 avec des déficiences sévères. Près de la moitié de ces handicaps est d'origine périnatale, soit 3 à 4000 naissances par an.

La mission fait les suggestions suivantes :

- au plan national, l'élaboration, sous l'égide de la Caisse nationale pour l'autonomie (CNSA), d'une cartographie d'implantation des CAMSP, en complémentarité des centres de néonatalogie et la mise en place d'un plan pluriannuel de création ou d'extension de structures dans les départements déficitaires
- au plan local, la redéfinition des partenariats existants, souvent informels, par la conclusion de conventions permettant de les formaliser, entre les maternités, publiques et privées, la PMI, la pédopsychiatrie et les CAMSP, en précisant notamment le rôle des professionnels de la PMI dans le fonctionnement de ces partenariats
- l'organisation de la mixité des salles d'attente des services de PMI en les adaptant à l'accueil des enfants handicapés⁸³ et l'inscription systématique des services de PMI dans le fonctionnement des maisons départementales du handicap.

➤ Les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance

Les enfants confiés à l'ASE sont particulièrement vulnérables et leur développement doit faire l'objet d'un suivi spécifique. Les évaluations faites par les départements⁸⁴ qui ont mis en place un dispositif de suivi sanitaire des enfants qui leur sont confiés montrent l'efficacité qui peut être obtenue quand la PMI et l'ASE travaillent ensemble. Outre les évaluations à l'entrée dans le dispositif, le suivi dans les familles d'accueil et surtout dans les établissements de l'enfance (notamment ceux que le département gère directement) s'avère particulièrement utile.

3.2 Repositionner la PMI dans les politiques nationales

Dans le domaine de la PMI, les responsabilités sont partagées entre d'une part l'Etat et l'assurance maladie et les départements de l'autre. Pour une part de leur action, les collectivités locales sont donc en position d'opérateurs des politiques nationales. Cette situation crée une exigence de partenariat entre tous les acteurs qui interviennent dans ce domaine.

Or, dans la réalité, il existe des cloisonnements qui sont pénalisants pour assurer la continuité des interventions en matière de prévention médico-sociale et rend difficile la mise en œuvre des politiques nationales. Elle conduit à limiter les échanges de bonnes pratiques entre opérateurs. Pour surmonter ces difficultés, la mission ne préconise pas de « recentraliser » un service dont la qualité essentielle réside dans son lien avec les politiques sociales décentralisées et sa présence territoriale au plus proche des usagers. En revanche, elle suggère d'intégrer davantage la PMI dans les politiques nationales, et d'accompagner le développement de la qualité dans ses interventions.

3.2.1 *Rendre plus lisible la politique nationale et régionale de promotion de la santé des enfants et y associer les services de la PMI*

L'expérience des plans successifs en matière de périnatalité a montré l'importance de la définition d'orientations au niveau national pour créer une dynamique de progrès et faciliter la coopération entre tous les acteurs. Or, à la différence de ce qui a été réalisé dans le champ

⁸³ Cf. rapport de site du département du Calvados

⁸⁴ Paris, Maine et Loire et récemment le Finistère.

de la périnatalité, il n'y pas eu au niveau national de définition d'objectifs concernant l'enfance : la politique de santé publique définie et formalisée dans le rapport annexé à la loi du 9 août 2004 et traduite en 100 objectifs et quatre programmes prioritaires n'a pas comporté la définition d'une approche globale pour l'enfance.

La mission estime utile de formaliser, dans un document unique qui pourrait constituer un cinquième programme prioritaire de la santé publique, des objectifs concernant la santé des enfants et des adolescents qui sont aujourd'hui dispersés dans de multiples plans ou programmes nationaux⁸⁵. Reprenant en cela une des douze propositions d'actions de la Commission d'orientation des Etats Généraux de la Prévention⁸⁶, la mission préconise :

- de compléter la politique de périnatalité en incluant dans la composition des CRN (commissions régionales de la naissance) tous les services de PMI d'une région,
- de faire élaborer dans chaque région un nouveau volet du PRSP (programme régional de santé publique) en cohérence avec celui du SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) consacré aux questions de santé des enfants et des adolescents. L'expérience acquise notamment en région Ile-de-France au moment de la préparation du PRSP, à laquelle la PMI a été associée, pourrait être reprise dans les autres régions.
- d'assurer une articulation entre la PMI et les GRSP (groupements régionaux de santé publique), soit par la participation directe au GIP soit par des conventions passées entre le GRSP et chacun des conseils généraux de la région.

Pour suivre la politique nationale de la santé des enfants, un Conseil national de la politique de l'enfance pourrait être créé sur le modèle de la commission nationale de la naissance. Il aurait pour mission :

- de suivre la réalisation des objectifs du programme national sur la santé des enfants évoqué plus haut,
- de faciliter la mise à disposition des informations relatives à l'activité, aux moyens et au public du service de PMI et d'établir des comparaisons entre départements,
- de permettre les échanges de bonnes pratiques et d'organiser des rencontres régionales et nationales,
- d'être un centre de ressources sur les études et les outils, et d'apporter son concours à l'évaluation des actions en lien avec les agences comme la future agence de l'évaluation sociale et médico-sociale
- de favoriser les liens et les partenariats entre les acteurs de cette politique : secteur libéral, secteur hospitalier, assurance maladie.

Il serait composé de représentants des administrations de l'Etat concernées, de l'assurance maladie, des conseils généraux. Il associerait les représentants des secteurs hospitalier et libéral, des professions, des usagers, des ordres et de sociétés savantes, suivant le modèle de l'arrêté du 11 juillet 2005 pour la CNN. Sous l'égide du Conseil et de la DGAS, de la DGS et de la délégation interministérielle à la famille, qui en assureraient le secrétariat, serait mis en place un réseau extranet accessible pour tous les services de l'Etat, des collectivités locales qui participent à la politique de l'enfance et notamment aux activités de prévention médico sociale précoce. Cet outil serait d'abord utilisé pour faciliter les échanges de pratiques.

⁸⁵ Par exemple dans le deuxième programme national « nutrition-santé »-2006/2010, qui évoque à de multiples reprises l'action des services de PMI

⁸⁶ proposition 11 « lancement d'un programme centré sur la jeune mère et la petite enfance » dans rapport d'étape « stratégie nouvelle de prévention » Commission d'Orientation Prévention présidée par le Docteur Jean François Toussaint septembre 2006

3.2.2 Intégrer la PMI décentralisée dans ces politiques

➤ par l'accompagnement au développement de la qualité

- avec l'appui de l'INPES qui prendrait en compte les besoins des services de PMI dans ses programmes de travail (par exemple la création des outils destinés aux professionnels qui mettront en œuvre l'entretien du quatrième mois et aussi leur formation). Cette orientation devrait prendre place dans le futur contrat d'objectifs et de moyens de l'INPES,
- avec l'appui de la HAS, qui a beaucoup développé son intervention sur les thèmes de périnatalité et de santé des enfants⁸⁷ mais sans qu'à ce stade cela conduise à un véritable accompagnement des services de PMI pour le développement de la qualité et la recherche de performance.

L'HAS pourrait être sollicitée pour approfondir ou établir des référentiels de bonnes pratiques sur des sujets comme l'entretien du quatrième mois et le bilan en école maternelle. Elle pourrait engager une démarche visant à définir un référentiel de performance pour les services de PMI comportant la définition d'indicateurs de performance et leurs valeurs cibles dans différents contextes d'action. Ce travail pourrait déboucher, après une phase d'expérimentation, sur une forme de labellisation de services de PMI. Une démarche analogue a été engagée pour certains médecins salariés (médecins du travail, médecins conseils des caisses, médecins des centres de santé). Il s'agit de démarches intermédiaires entre l'accréditation des structures et l'EPP (évaluation des pratiques professionnelles). Il est possible de transposer à la PMI ce qui a été fait par exemple sur les centres de santé avec la fédération des centres de santé.

La mission préconise que la DGS, la DGAS et l'ADF saisissent conjointement la HAS afin que celle-ci inscrive ses travaux à son programme annuel 2007.

- appui de la future agence de l'évaluation sociale et médico-sociale qui devrait être créée par une disposition prévue dans le PLFSS 2007.
- appui de l'ONED (Office national de l'enfance en danger) qui s'oriente de plus en plus vers un travail d'échanges des pratiques

➤ par l'amélioration du traitement des informations

L'amélioration de l'appareil statistique constitue un préalable : le questionnaire de la DREES apparaît très détaillé sur les modes de garde et l'est peu sur les activités de PMI proprement dites. La mission propose d'y intégrer les séances d'actions collectives (nombre de séances et nombre de bénéficiaires). Elle souhaiterait que soit clarifiée avec quelques départements tests la question des consultations mixtes prénatal/planification.

L'exploitation et la publication de ces données par la DREES, irrégulière pour les rubriques qui ne concernent pas les modes de garde, devraient se faire au moins tous les 3 ans. Par ailleurs, l'enquête de la DREES qui devrait être conduite en 2008 auprès des usagers des services de la PMI devrait permettre de disposer des éléments sur la qualité perçue de l'accueil et sur les suites de la prise en charge et le lien avec la médecine de ville.

⁸⁷-rapports de la HAS : « stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme, 2004 ; « sortie précoce après accouchement », préparation à la naissance et à la parentalité 2005 ; « l'entretien du quatrième mois » 2006 ; « l'information des femmes enceintes -conférence de consensus grossesse et tabac » ; « intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte -propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans et de 7 à 18 ans destiné aux médecins généraliste pédiatres et médecins scolaires ».

En ce qui concerne l'état de santé de la mère et de l'enfant, il est important que la DREES réalise une nouvelle publication sur les principaux indicateurs issus des certificats de santé. Dans le cadre du décret d'application de la loi du 6 août 2004 qui rend possible la collecte d'informations individuelles tant au niveau national qu'au niveau départemental, le traitement au niveau national des informations plus précises que celles actuellement disponibles sera possible⁸⁸.

3.2.3 Substituer au système des normes nationales de PMI un pilotage par les objectifs

➤ Le cadre normatif actuel n'est pas satisfaisant

Le cadre juridique très strict, dans lequel s'inscrit la PMI, avec en particulier une prescription impérative concernant la direction du service, les qualifications des personnels et l'édition de normes minimales quantifiées d'activité (un nombre de consultations infantiles, prénatales et de planification) et de personnel (ratios de sages femmes et de puéricultrices)⁸⁹ soulève des questions théoriques qui sont analysées en annexe 10. Dans la pratique, la mission constate que :

- un grand nombre de départements se situent en dessous des normes
- aucune procédure n'a été engagée pour faire respecter ces normes, qu'il s'agisse de recours contentieux (contrairement à la question de la direction du service), de l'exercice par le préfet de son pouvoir de substitution ou du contrôle de la légalité en général.
- seuls un petit nombre de départements ont fait l'objet de contrôle et les rapports qui en ont résulté (par exemple ceux établis par l'IGAS sur contrôle de l'ASE et la PMI dans différents départements) n'ont pas été publiés.

➤ La mission propose de créer un cadre d'objectifs partagés

Il est certain que la suppression de toute norme présente un risque : celui d'être perçu par certains acteurs comme un signe de désengagement ou de désintérêt des pouvoirs publics, justifiant l'abandon ou la réduction de leur engagement dans la PMI. Il convient néanmoins de s'interroger sur l'intérêt de conserver un dispositif normatif qui ne correspond plus à la réalité. Pour ces raisons, la mission propose de supprimer les cinq normes minimales actuelles, discréditées par l'absence d'actualisation, de suivi et de contrôle et de les remplacer par un nouveau dispositif constitué à partir d'un petit nombre d'objectifs fixés par la loi.

Le projet de loi sur la protection de l'enfance, comporte des normes ou objectifs quantifiables :

- réalisation à 100 % chez tous les enfants de 3/4 ans des bilans de santé,
- mises à disposition systématique des personnels au moment des déclarations de grossesse et de naissance
- généralisation de l'entretien du 4^{ème} mois et de son accompagnement.

Il conviendrait de leur ajouter des objectifs établis par la DGS et la DGAS, administrations en charge des objectifs de santé publique et de la protection de l'enfance, en lien avec l'Assemblée des départements de France et les représentants de la profession :

⁸⁸ comme, par exemple, le recours aux césariennes, la prématurité ou l'hypotrophie selon l'âge ou la profession de la mère.

⁸⁹ On limitera la discussion au problème des normes minimales (actuellement 3 normes d'activité, 2 normes de personnel), la question de la direction du service ayant été traitée plus haut et les autres obligations n'étant pas quantifiées.

- pourcentage de la population touchée par une activité des services de PMI
- pourcentage d'enfants chez lesquels le dépistage a été suivi d'une prise en charge
- participation de la PMI aux réseaux de santé
- des objectifs traduisant la mise en œuvre de grandes politiques nationales en matière de périnatalité et de promotion de la santé des enfants. Ainsi, par exemple, en matière de planification et d'éducation familiale, les objectifs pluriannuels de la loi de santé publique de 2004 constituent un cadre opérationnel et devraient être déclinés au niveau départemental. Ce cadre pourrait être complété, dans chaque schéma départemental de l'enfance, par un objectif quantifié de jeunes devant bénéficier des actions d'information sur la contraception et la sexualité.

L'ensemble de ces objectifs serait décliné au niveau local dans le cadre d'un dialogue rénové entre l'Etat et l'assurance maladie d'un côté et les départements de l'autre. La mission préconise la mise en place de nouvelles conventions avec les CPAM pour assurer une égalité de traitement financier entre les départements, le soutien aux démarches d'amélioration de la qualité et d'implantation de référentiels et la mise en œuvre des objectifs de la PMI.

Préalablement une convention cadre serait établie entre l'UNCAM et l'ADF. Elle serait le cadre contraint des conventions passées entre chaque conseil général et la CPAM pivot désigné à cet effet par l'UNCAM.

Par ailleurs, le Fonds national de protection de l'enfance que l'article 17 du projet de loi relatif à l'enfance prévoit de mettre en place avec un financement mixte Etat/CNAF devrait indiquer ces objectifs.

La mise en œuvre des actions correspondant aux objectifs devrait être vérifiée par des évaluations périodiques et des contrôles.

Dans ce cadre, la mission considère comme possible et souhaitable le passage à un dispositif moins normatif et davantage fondé sur des objectifs quantifiés, faisant l'objet d'évaluations et de contrôles rendus publics.

3.2.4 Renforcer le contrôle interne et externe sur les activités de PMI

Actuellement, les services de PMI font l'objet d'un contrôle externe par l'IGAS mais aussi de plus en plus en plus souvent de procédures de contrôle interne au sein des collectivités départementales de rattachement. L'IGAS assure les contrôles de tous les services qui concourent à assurer la protection sanitaire et sociale de la population, dès lors qu'ils bénéficient de financements publics. De plus l'article L. 221-9 du CASF dispose expressément que « *le contrôle du service de l'aide sociale à l'enfance est assuré par l'inspection générale des affaires sociales* ». L'IGAS peut donc procéder et a procédé à des contrôles des services départementaux de PMI et ce, avec ou sans l'appui des inspections des services déconcentrés.

Dans l'avenir la mission préconise de développer les contrôles pour assurer un suivi des objectifs fixés par la loi, si le schéma proposé plus haut est suivi. Ces contrôles pourraient aussi relayer l'action de la HAS. Des contrôles thématiques, comme ceux qui sont conduits par l'IGAS sur l'ASE présentent l'avantage de valoriser les bonnes pratiques et de réaliser un "benchmarking" - dont d'ores et déjà les départements visités par la mission sont très demandeurs.

Actuellement la diffusion et la mise sur des sites permettant l'accessibilité totale (site de la documentation française) des rapports de l'IGAS sont laissées à l'appréciation des ministres. Il serait souhaitable que, concernant la PMI, services offerts à l'ensemble de la

population, les rapports soient désormais systématiquement rendus publics. L'ADF et tous les départements visités y sont favorables.

3.3 Améliorer le pilotage et l'animation des services de PMI et adapter leurs ressources à l'évolution des activités

3.3.1 Définir des objectifs pour les services à partir d'études d'évaluation et d'analyse des besoins

La mise en œuvre des orientations proposées supra serait facilitée si elles étaient traduites en objectifs opérationnels pour les services, c'est-à-dire sous forme des schémas directeurs ou des plans stratégiques. Il s'agirait de clarifier les cibles prioritaires de l'action des services : par exemple identification des publics vulnérables et des besoins, en vue de réallouer les ressources, de développer ou, d'implanter des services et d'horaires d'ouverture. Ces orientations devraient être déclinées dans des objectifs annuels, élaborés et suivis à travers un dialogue efficace des responsables avec les services sur le terrain mais aussi avec les organismes associatifs ou hôpitaux à qui est déléguée la mise en œuvre de certaines activités

Pour mettre en œuvre ces démarches et faire émerger une culture de l'évaluation, il est très nécessaire que tous les départements renforcent leurs capacités d'études, notamment sur les bénéficiaires, mais aussi sur les études épidémiologiques, sur les activités, et les coûts. Il s'agit notamment d'élaborer et de suivre des indicateurs de performance permettant les comparaisons entre services.

Du point de vue de la mission, ces préconisations jointes au concours de l'HAS, de l'INPES et des GRSP, pourraient améliorer l'évolution le management des services et réduire les tensions apparues du fait du débat déjà évoqué supra sur la territorialisation de services et le souhait des personnels de maintenir un lien hiérarchique direct entre le médecin responsable de PMI et les équipes de terrain. C'est pourquoi la mission ne propose pas à court terme de modifier les textes qui prescrivent des normes d'organisation et en particulier l'article L. 2112-1 qui prévoit que le service est placé sous la responsabilité d'un médecin.

3.3.2 Développer la transparence sur les activités et des coûts

Une transparence accrue est indispensable pour que les services puissent se positionner par rapport à leurs objectifs et mesurer leurs résultats. Elle est nécessaire aussi pour suivre la performance dans les services délégués. Pour ce faire, il est très souhaitable que soient développés des systèmes d'information moderne permettant de traiter et de diffuser l'information pour l'ensemble des parties prenantes. Cela suppose que ces systèmes soient construits au plus près des besoins des professionnels de terrain. Plus précisément le recueil d'informations, pour être réalisé par les professionnels, nécessite plusieurs préalables :

- une réflexion interne associant les professionnels de terrain pour déterminer la nature des données intéressantes à recueillir pour suivre la politique de la protection maternelle et infantile ;
- l'élaboration de tableaux de bord faciles à remplir et fiables pour que le recueil ne conduise pas à une surcharge de travail des professionnels et puisse être réaliser « en routine » ;
- l'organisation du retour d'information vers les professionnels qui alimentent la base de données pour les motiver au recueil et leur permettre d'analyser leurs pratiques ;

- la mise à disposition des professionnels de la PMI d'outils informatiques simples à utiliser.

Le système d'information permettant le suivi de l'activité des professionnels doit s'appuyer sur les dossiers des bénéficiaires car l'activité est définie par la nature de la prestation mais aussi par celle du bénéficiaire. Des initiatives ont été prises par plusieurs départements notamment dans le cadre de la participation à des réseaux (par exemple à travers la réalisation du dossier AUDIPOG pour les réseaux périnatalité) ou pour informatiser le carnet de santé ou créer un dossier partagé entre les services pour chaque bénéficiaire. Elles se sont parfois heurtées à des difficultés tenant aux questions de préservation du secret professionnel. Or, sur ce point, le projet de loi sur la protection de l'enfance contient des éléments nouveaux.

Par ailleurs, la rénovation du carnet de santé permet d'envisager son informatisation (tout en maintenant naturellement un support papier très apprécié des familles). C'est pour quoi la mission préconise de lancer dès que possible des expériences permettant d'intégrer ce carnet de santé informatisé dans le Dossier Médical Partagé (DMP) à l'instar de celui est envisagé et en cours d'expérimentation pour le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC).

Mais, outre une meilleure connaissance des activités, il faut aussi assurer une réelle transparence sur les coûts. La nouvelle nomenclature comptable M52 permet de mieux les cerner mais elle ne permet pas de faire apparaître le coût complet des activités de PMI dans des conditions homogènes d'un département à l'autre. Il est donc nécessaire développer des outils de comptabilité analytique et de réorganiser la nomenclature budgétaire pour qu'elle fasse mieux apparaître des programmes et des actions concernant spécifiquement la PMI. La mission est consciente qu'il ne saurait être question de transposer mécaniquement et rapidement les concepts de budgétisation par programme qui ont été introduits dans le budget de l'Etat par la LOLF. Mais, en reprenant en cela les préconisations d'un rapport récent de l'IGAS⁹⁰, elle suggère que soit étudiée la mise au point de document de présentation budgétaire faisant apparaître l'intégralité de l'effort mené sur la politique de l'enfance de la famille et au sein de celle-ci l'effort consacré aux activités de PMI. Cette démarche faciliterait le débat budgétaire dans l'assemblée départementale et elle pourrait aussi servir pour le dialogue interne aux services notamment dans le cadre de la fixation des objectifs annuels.

3.3.3 Renforcer les compétences

L'évolution des activités doit conduire à renforcer les compétences des professionnels notamment pour renforcer la prévention médico-sociale précoce et pour s'adapter aux techniques nouvelles (informatisation, développement du conseil téléphonique...). Il faut aussi faire face à un contexte difficile en terme de démographie médicale et para médicale. Il s'agira donc de développer la formation des personnels mais aussi d'orienter différemment les politiques de recrutement. Ces démarches seront facilitées par le très haut niveau de qualification des personnels des services de PMI.

Il faut d'abord faciliter les parcours professionnels de mobilité entre la PMI et les autres composantes du système (donc praticiens hospitaliers (PH) et libéraux). L'harmonisation des conditions de rémunération en est une condition. S'agissant des médecins de PMI, il est souhaitable que soit résorbé le décalage qui s'est créé à partir de 2000 avec les médecins inspecteurs de santé publique (MISP). Pour l'avenir, un effort de rapprochement de leur statut avec celui des praticiens hospitaliers est souhaitable. Les travaux

⁹⁰ Rapport Igas, « les conséquences de la décentralisation sur l'administration de l'Etat » octobre 2006

menés au sein du ministère de la santé dans le cadre du projet de création d'un cadre d'emploi de « *praticiens de santé publique* » commun aux praticiens hospitaliers et aux médecins inspecteurs de santé publique (MISP)⁹¹ devraient intégrer la situation des médecins de PMI. Si ces travaux n'aboutissaient pas dans des délais raisonnables, il serait nécessaire de poursuivre l'amélioration des déroulements de carrière en transposant les dispositions statutaires mises en place pour les MISP en 2000 aux médecins territoriaux, en développant le recours à des contractuels et notamment en facilitant l'arrivée de PH. Les dispositions prises pour faciliter le recrutement de PH dans des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) pourraient servir de référence. Il est nécessaire, par ailleurs, d'augmenter le niveau des vacations pour faciliter le recrutement de médecins généralistes. Enfin, il est souhaitable que soit recherchée une meilleure valorisation des fonctions d'encadrement au sein du service de PMI à travers la mise en place d'un statut d'emploi ou une revalorisation indemnitaire.

Il apparaît aussi très important, notamment pour la mise en place de l'entretien du quatrième mois de faciliter l'arrivée de sages femmes confirmées dans les services de PMI en améliorant les possibilités d'accueil sur les grades les plus élevés. Par ailleurs, la mission suggère, comme cela été indiqué plus haut, que soit étudié le renforcement des effectifs par des recrutements de psychologues. Enfin, comme l'a suggéré un rapport récent de l'Igas, les conditions d'emploi des conseillères conjugales devraient être améliorées.

3.3.4 Adapter les ressources financières

Les ressources financières mobilisées par la PMI sont très différentes d'un département à l'autre sans qu'on puisse se prononcer à ce stade sur l'adéquation entre les besoins et les ressources engagées. Pour l'avenir, le projet de loi sur la protection de l'enfance comporte des orientations nouvelles dont la mise en œuvre ne pourra se faire sans renforcement des moyens. Dans ce but le ministre a annoncé, au cours du débat parlementaire, la création d'un fonds national géré par la CNAF au sein de la branche famille.

La mission s'est située dans le cadre de ces orientations, ce qui la conduit à préconiser le renforcement des ressources des services, même s'il est difficile de définir avec précision à quelle hauteur devrait se situer cette augmentation des moyens : entretien du quatrième mois, renforcement de l'intervention précoce sur les enfants ; généralisation du bilan des 3-4ans, suivi et accompagnement de l'entretien du 4^{ème} mois et des bilans mais aussi revalorisation des rémunérations, notamment celle des médecins. Il est aussi très délicat de fixer la part qui devrait être prise en charge par l'État et l'assurance maladie d'un côté et le département de l'autre, dans la mesure où pour certains départements les normes ne sont pas respectées et où, pour d'autres, les montants inscrits dans la DGD au moment de la décentralisation sont inférieurs aux dépenses constatées sur la PMI. Il faut donc éviter que certains départements ne bénéficient de « double financement » pour une même activité entre la DGD et l'assurance maladie.

Mais l'essentiel des financements nouveaux devrait être le fait du nouveau fonds et de l'assurance maladie. Comme cela a été évoqué supra, les relations avec celle-ci doivent être rénovées à la fois pour que la PMI s'inscrive davantage dans la politique nationale de santé publique, pour garantir l'égalité de traitement entre les départements sur tout le territoire national mais aussi pour que la PMI soit remboursée à même niveau que les professionnels libéraux et hospitaliers lorsqu'elle met en œuvre des prestations dans des conditions

⁹¹ Rapport Igas, « L'utilisation des compétences médicales permettant à l'état d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local » octobre 2006

identiques à celle du secteur libéral ou des établissements hospitaliers : ainsi par exemple pour l'entretien du quatrième mois. Ces sujets devraient être traités dans la convention cadre déjà évoquée entre l'ADF et l'UNCAM et les nouvelles conventions renégociées entre chaque conseil général et la CPAM de rattachement.

Conclusion générale

Dans un contexte où l'activité de la PMI tend à prendre une orientation plus sociale, la valeur ajoutée proprement médico-sociale de ce service doit être constamment recherchée et défendue. La mission recommande de centrer l'action des services de PMI sur les situations de vulnérabilité (qui ne sont pas uniquement les familles en situation de pauvreté et de précarité) et les très jeunes enfants, de développer la prévention précoce, avec -- ce qui est nouveau --, un accompagnement effectif des suites données aux bilans de santé des enfants et à l'entretien du quatrième mois qui est en cours de mise en place dans le cadre du suivi des grossesses. La mission préconise en outre de renforcer l'intensité des activités de planification et d'éducation familiale, et notamment les actions collectives.

La PMI doit aussi développer sa complémentarité avec les autres acteurs du social et de la santé en développant notamment les actions de soutien à la parentalité et s'impliquant totalement dans la création et l'animation des réseaux de périnatalité et de suivi des enfants ainsi que dans le suivi sanitaire des enfants de l'ASE.

La PMI doit être également repositionnée dans les politiques nationales, car même comme activité décentralisée, la PMI n'en est pas moins une activité de santé publique partagée avec l'État et l'assurance-maladie. Comme la périnatalité, la santé des enfants mériterait de faire l'objet d'un programme national pluriannuel, avec un suivi par un conseil national où les services de PMI et l'ADF seraient largement représentés.

Il est nécessaire que l'État et l'assurance-maladie réinvestissent fortement ce secteur stratégique et que les conventions entre les départements et les caisses soient renégociées sur la base d'une convention cadre nationale.

L'ensemble de ces orientations vise à promouvoir un partenariat renouvelé entre l'Etat, l'assurance maladie et les départements. C'est du point de vue de la mission, la condition essentielle pour répondre aux exigences futures de la protection maternelle et infantile.

Danièle JOURDAIN-MENNINGER

Bernadette ROUSSILLE

Dr. Patricia VIENNE

Christophe LANNELONGUE

Tableau des préconisations

Orientations	Actions
<p>1 Recentrer l'action des services de PMI sur les publics vulnérables de femmes enceintes et des jeunes enfants (en priorité sur les moins de deux ans) :</p> <p>1.1. Cibler davantage sur certains publics</p> <p>1.2. Développer la prévention précoce</p> <p>1.3 Alléger certaines missions de la PMI</p> <p>1.4 Développer la complémentarité avec les autres acteurs du social et de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - définir des orientations stratégiques dans les schémas départementaux de l'enfance - réviser périodiquement la carte d'implantation et l'affectation des ressources en fonction de l'évolution des besoins - renforcer le suivi sanitaire des enfants de l'ASE - améliorer le suivi des enfants de 0 à 2 ans - généraliser le bilan à 3/4 ans - engager les services de PMI dans la mise en place de l'entretien du quatrième mois - donner à la PMI la possibilité et les moyens de prescrire et d'accompagner les suites des bilans de santé des enfants et de l'entretien du 4^{ème} mois - revoir les modalités de suivi des assistantes maternelles - développer les actions collectives, soutien à la parentalité, éducation à la vie et information sexuelle - renforcer l'intégration de la PMI dans les réseaux périnatalité, et réseaux ville-hôpital - créer ou participer à des réseaux pour assurer le suivi des enfants en utilisant la capacité de prestation dérogatoire des réseaux - développer la mise en place de réseaux sur l'enfance pour mieux articuler l'action de la PMI avec celles des CAMSP, des maisons du handicap, et des secteurs et inter secteurs de psychiatrie

<p>2 Améliorer le pilotage et l'animation des services de PMI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - définir des objectifs pour les services à partir d'études épidémiologiques et d'analyse des besoins - renforcer le suivi de l'activité, des coûts et des bénéficiaires - mettre en place des indicateurs pour suivre la performance des services - développer la transparence sur les activités et les coûts - renforcer les compétences et faciliter les passerelles - adapter les ressources financières
<p>3 Repositionner la PMI dans les politiques nationales de l'Etat, des instances nationales d'évaluation et de l'assurance maladie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - élaborer un plan de santé des enfants dans l'esprit de la loi de santé publique - mettre en place un Conseil national de la politique de l'enfance - réaffirmer une politique nationale concernant la planification et l'éducation familiale et élargir la compétence des CEPF - développer l'accompagnement des démarches qualité et le soutien à l'échange de bonnes pratiques par les instances nationales DREES, HAS, INPES, ONED et l'Agence d'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux - remplacer l'inscription de normes dans la loi par une méthodologie d'objectifs et de performance et procéder à des évaluations et des contrôles largement diffusés - mettre en place de nouvelles conventions financières entre l'assurance maladie et chaque PMI sur la base d'une convention cadre - modifier le décret n° 62-924 du 3 août 1962 pour que l'adresse des parents figure sur les extraits d'actes de naissances - modifier le décret n° 92-143 du 14 février 1992 pour y inclure l'entretien du 4^{ème} mois de grossesse.